****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Istruzione Superiore “VIA DEI PAPARESCHI”

**Liceo Scientifico Scienze Applicate – Liceo Linguistico – Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale –**

**I.T. Amministrazione Finanza e Marketing**

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 – 06/55.30.89.13 Fax 06/55.62.789

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 – 00148 Roma – Tel. 06/65.67.81.86 – 06/12.112.66.65 Fax 06/65.67.83.52

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: [rmis09100b@istruzione.it](mailto:rmis09100b@istruzione.it) PEC: [rmis09100b@pec.istruzione.it](mailto:rmis09100b@pec.istruzione.it)

MODULO AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE PER LA PARTECIPAZIONE

PROGETTO “TI PORTO CON ME”

A.S.2024-25

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto,

AUTORIZZO

mio/a figlio/a a partecipare al Progetto PTOF “TI PORTO CON ME” nell’Anno Scolastico 2024/2025 presso la sede di Via delle Vigne 205.

Roma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_