



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**LICEO CLASSICO, MUSICALE E SCIENZE UMANE «CHRIS CAPPELL COLLEGE»**  
Viale Antium n°5 – 00042 Anzio (Rm)  
Tel. 06121126745/6 Fax 0667663925 – E-mail: [rmpe41000c@istruzione.it](mailto:rmpe41000c@istruzione.it)  
Posta certificata: [rmpe41000c@pec.istruzione.it](mailto:rmpe41000c@pec.istruzione.it) - Sito: [www.liceochriscappell.edu.it](http://www.liceochriscappell.edu.it)  
C. F. 07183021000

Oggetto: autorizzazione partecipazione corsi di recupero.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dell'indirizzo \_\_\_\_\_ AUTORIZZO mio/a figlio/a a frequentare in presenza il corso di recupero \_\_\_\_\_, secondo il calendario pubblicato nella relativa circolare.

L'alunno/a si recherà autonomamente a scuola nell'orario indicato e al termine del corso potrà lasciare autonomamente la scuola e fare ritorno con mezzi propri alla propria abitazione; sollevando sin da ora la scuola da ogni responsabilità durante il tragitto.

Anzio, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_