

MODULO ADESIONE/NON ADESIONE CORSI DI RECUPERO

Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico “ A. Gallotta”
Eboli

Oggetto: Corsi di recupero

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ genitore dell'alunno/a _____

frequentante nell'a.s. 2024/2025 il Liceo _____

classe _____ sez _____

avendo preso atto dell'esito dello scrutinio ed essendo stato informato delle iniziative di recupero che la scuola intende intraprendere

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a _____

☐ INTENDE AVVALERSI DEI SEGUENTI CORSI DI RECUPERO DI MATEMATICA

☐ NON INTENDE AVVALERSI DEI SEGUENTI CORSI DI RECUPERO DI MATEMATICA

Inoltre il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che in ogni caso lo studente ha l'obbligo di sottoporsi alle verifiche organizzate dal Consiglio di Classe al termine delle attività di recupero.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la presente dichiarazione solleva l'Amministrazione da ogni responsabilità.

Eboli _____

Firma del genitore