

DISSENSO ALLA PARTECIPAZIONE INCONTRO  
DOTT.SSA Simona Anna Serra

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Istruzione Superiore "C. e N. Rosselli"  
Aprilia (LT)

Oggetto: Dissenso alla partecipazione all'incontro con la dott.ssa Serra Simona Anna

Io sottoscritto .....  
genitore dell'alunna/o.....  
regolarmente iscritta/o alla classe ..... Sez. .... del CORSO .....a.s. 2019/2020  
  
non autorizzo mio/a figlio/a  
a partecipare all'incontro con la dott. ssa Serra

Organizzazione		
<b>Calendario/orario</b>	Sabato 07 marzo dalle 09.15 alle ore 10.10	In orario antimeridiano
<b>periodo</b>	Marzo 2020	
<b>luogo</b>	ALA OVEST	
<b>Specialista Referente</b>	Dott.ssa Simona Anna Serra	
<b>Docente referente</b>	Prof.ssa Vento Sabrina	

Aprilia .....

Firma

.....