



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA T. MOMMSEN, 20"

00179 Roma - Via T. Mommsen, n.20 - tel.06 787849 - 06 78398074
rmic8cu003@istruzione.it - rmic8cu003@pec.istruzione.it - www.mommsen.edu.it
C.M. RMIC8CU003 - C.F. 97199450582 - Distretto XVII - CUFE: UFSKYY

ADESIONE CORSO di RECUPERO MATEMATICA

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe ____ sez. ____ autorizza la partecipazione del ____ propri ____ figli ____ ad un corso di recupero di Matematica.

Le lezioni, che avranno una durata complessiva di 15 ore, inizieranno il giorno **28/01/2020** e si svolgeranno di **martedì** dalle **14:30 alle 16:00 (per le classi prime)** e dalle **16:00 alle 17:30 (per le classi seconde)**.

Le adesioni dovranno essere consegnate alla **Prof.ssa Bertoldi** entro il giorno 24/01/2020.

Eventuali variazioni saranno tempestivamente comunicate agli interessati.

Roma, _____

FIRMA _____

✍



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA T. MOMMSEN, 20"

00179 Roma - Via T. Mommsen, n.20 - tel.06 787849 - 06 78398074
rmic8cu003@istruzione.it - rmic8cu003@pec.istruzione.it - www.mommsen.edu.it
C.M. RMIC8CU003 - C.F. 97199450582 - Distretto XVII - CUFE: UFSKYY

ADESIONE CORSO di RECUPERO MATEMATICA

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe ____ sez. ____ autorizza la partecipazione del ____ propri ____ figli ____ ad un corso di recupero di Matematica.

Le lezioni, che avranno una durata complessiva di 15 ore, inizieranno il giorno **28/01/2020** e si svolgeranno di **martedì** dalle **14:30 alle 16:00 (per le classi prime)** e dalle **16:00 alle 17:30 (per le classi seconde)**.

Le adesioni dovranno essere consegnate alla **Prof.ssa Bertoldi** entro il giorno 24/01/2020.

Eventuali variazioni saranno tempestivamente comunicate agli interessati.

Roma, _____

FIRMA _____

✍



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA T. MOMMSEN, 20"

00179 Roma - Via T. Mommsen, n.20 - tel.06 787849 - 06 78398074
rmic8cu003@istruzione.it - rmic8cu003@pec.istruzione.it - www.mommsen.edu.it
C.M. RMIC8CU003 - C.F. 97199450582 - Distretto XVII - CUFE: UFSKYY

ADESIONE CORSO di RECUPERO MATEMATICA

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe ____ sez. ____ autorizza la partecipazione del ____ propri ____ figli ____ ad un corso di recupero di Matematica.

Le lezioni, che avranno una durata complessiva di 15 ore, inizieranno il giorno **28/01/2020** e si svolgeranno di **martedì** dalle **14:30 alle 16:00 (per le classi prime)** e dalle **16:00 alle 17:30 (per le classi seconde)**.

Le adesioni dovranno essere consegnate alla **Prof.ssa Bertoldi** entro il giorno 24/01/2020.

Eventuali variazioni saranno tempestivamente comunicate agli interessati.

Roma, _____

FIRMA _____