Repubblica Italiana –Regione Sicilia



**Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore**

 **“G. Carducci”**

**( Sezioni Artistica-Classica – Scientifica – Tecnico Commerciale )**

**via Roma s. n. Telefono 0932-961666 Fax 0932-967897 97013 Comiso**

Cod. Mec.: **RGIS003008** Cod. Fisc.: **91008020884** e-mail:**rgis003008@istruzione.it**

*(da compilare a cura dei genitori che non intendono far frequentare al/alla proprio/a figlio/a i corsi di recupero e da restituire al docente coordinatore di classe)*

**DICHIARAZIONE DI NON FREQUENZA AI CORSI DI RECUPERO**

Il/La sottoscritto/a ……………………………….……………….. genitore dell’alunno/a ……………………………………………. frequentante la classe ………… sez. ……

**dichiara**

che per il/la proprio/a figlio/a non intende avvalersi dei corsi di recupero organizzati dalla scuola e provvederà autonomamente alla sua preparazione.

Data …..…………

……………………………………… Firma del genitore