



I.I.S. "G. Valle"

MOD ASL 015
Rev. 0 24/10/16

CONSENSO PARTECIPAZIONE STAGE ESTIVO

l sottoscritt_ _____ genitore
dell'alunno _____ frequentante la
Classe _____ **a.s.** _____ , preso atto delle attività per ASL programmate
nel PTOF per gli studenti dell'indirizzo _____

accetta non accetta

che il proprio figlio/a partecipi all'esperienza di Stage estivo prevista durante la
sospensione delle attività didattiche nei mesi di giugno e/o luglio:

Azienda _____

Periodo dal _____ al _____

Tutor classe ASL _____

Data, / /

Firma del Genitore/tutor

Sede centrale

Via T. Minio,13 - 35134 - Padova
Tel. 049 8643820 - Fax 049 8643830
CF. 92048070285

Succursale

Via Cavallotti, 25 - Padova
Tel. 049 8828570

e.mail: iisvalle@ipvalle.it

www.iisvalle.it

Istituto Accreditato elenco Reg. n. A0342