

**ISTITUTO COMPRENSIVO 3 PONTE-SICILIANO POMIG**.

VIA ROMA 77 - 80038 POMIGLIANO D’ARCO (NA)

Ambito NA 19 Cod. Fisc. 930 766 50 634 Cod.Mecc. NAIC8G0007

Tel./ Fax 081 3177300- e-mail: naic8g0007@istruzione.it

PEC naic8g0007@pec.istruzione.it Sito web: [www.ictrepontesiciliano.edu.it](http://www.ictrepontesiciliano.edu.it)

Al Dirigente scolastico

dell’Istituto Comprensivo 3 Ponte Siciliano Pomig. Di Pomigliano d’Arco ( Napoli)

Oggetto: **Adesione alla partecipazione al Progetto ” Cinema: Lo sguarda che narra”**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori / tutori

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante nel corrente anno scolastico la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare al Progetto “Lo sguardo che narra” con il docente esperto……………..e il docente tutor………………… secondo il seguente calendario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Qualsiasi variazione sarà comunicato tempestivamente

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori /tutori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_