

	<p style="text-align: center;">ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE DI STATO P. PALEOCAPA</p> <p style="text-align: center;">24125 BERGAMO – Via Gavazzeni, 29 – Tel. 035/31.93.88 – Fax 035/31.87.41 – C.F. 80025490162 www.itispaleocapa.it - bgtf010003@istruzione.it - bgtf010003@pec.istruzione.it - segreteria@itispaleocapa.it</p>	
<p>CORSI DIURNI ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA – INFORMATICA – MECCANICA MECCATRONICA ED ENERGIA – SISTEMA MODA CORSI SERALI ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA – INFORMATICA – MECCANICA MECCATRONICA ED ENERGIA</p>		

**DOMANDA DI RINUNCIA A SVOLGERE ATTIVITÀ DI ASL
PROPOSTA DALLA SCUOLA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ITIS “P. PALEOCAPA” - BG
PROF. IMERIO CHIAPPA

Il sottoscritto _____
genitore dello studente _____
della classe ____ sez. _____, consapevole delle conseguenze in caso di mancato raggiungimento del monte ore previsto dalla vigenti disposizioni di legge, compresa la non ammissione agli esami di Stato

DICHIARA

di rinunciare all'attività curricolare proposta dalla scuola presso l'azienda:

per il seguente motivo:

_____.

Dichiara quindi di occuparsi personalmente di individuare entro 15 giorni dalla data della firma un'altra struttura presso la quale far svolgere l'attività didattica di ASL (previa conferma della Referente scolastica) e di impegnarsi a raggiungere il monte ore stabilito dal CdC per l'anno corrente per questa attività.

In fede.

Bergamo, __ / __ / 201__

Il genitore

VISTO:

LA REFERENTE ASL
Prof.ssa Flora Ravelli
