

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE NICOLA - SASSO"</b>  C.so Vittorio Emanuele, 77 - 80059 TORRE DEL GRECO (NA)  Cod. Fisc. 95170080634 - Cod. Mecc. NAIC8CS00C  Ambito Territoriale 21  Tel./ Fax 081 882 65 00  e-mail : <a href="mailto:naic8cs00c@istruzione.it">naic8cs00c@istruzione.it</a> - <a href="http://www.icsdenicolasasso.edu.it">http:// www.icsdenicolasasso.edu.it</a>  PEC: <a href="mailto:naic8cs00c@pec.istruzione.it">naic8cs00c@pec.istruzione.it</a>  CERTIFICATA SGQ UNI - EN - ISO 9004:2009</p>	 Polo di  Qualità Napoli
--	--	-----------------------------

A.S.2023/24

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madredell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a nella classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola secondaria di primo grado,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell (1) \_\_\_\_\_ Cell (2) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto: **"Matematicando"**  
Il/la sottoscritto/a è informato/a che:

- tutti gli incontri si svolgeranno il mercoledì dalle 14:00 alle 16:00
- il progetto si svolgerà nel periodo da Febbraio ad Aprile dopo la pubblicazione del calendario sulla pagina progetti del sito scolastico

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

	<p align="center"><b>ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE NICOLA - SASSO"</b>  C.so Vittorio Emanuele, 77 - 80059 TORRE DEL GRECO (NA)  Cod. Fisc. 95170080634 - Cod. Mecc. NAIC8CS00C  Ambito Territoriale 21 Tel./ Fax 081 882 65 00  e-mail : <a href="mailto:naic8cs00c@istruzione.it">naic8cs00c@istruzione.it</a> - <a href="http://www.icsdenicolasasso.edu.it">http:// www.icsdenicolasasso.edu.it</a>  PEC: <a href="mailto:naic8cs00c@pec.istruzione.it">naic8cs00c@pec.istruzione.it</a>  CERTIFICATA SGQ UNI - EN - ISO 9004:2009</p>	 Polo di  Qualità Napoli
--	---	-----------------------------

A.S.2023/24

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_ padre/madredell'alunno/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a nella classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola secondaria di primo grado,  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell (1) \_\_\_\_\_ Cell (2) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto: **"Matematicando"**  
Il/la sottoscritto/a è informato/a che:

- tutti gli incontri si svolgeranno il mercoledì dalle 14:00 alle 16:00
- il progetto si svolgerà nel periodo da Febbraio ad Aprile dopo la pubblicazione del calendario sulla pagina progetti del sito scolastico

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_