

Alla Dirigente Scolastica Prof.ssa Rita Augusta Primiceri

Istituto Comprensivo POLO 3 "Galileo Galilei"

Casarano (LE)

Oggetto: AUTORIZZAZIONE COMPILAZIONE PDP

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la Classe \_\_\_\_\_

Sez. \_\_\_\_\_ della Scuola Primaria/Secondaria (cancellare la voce che non serve), autorizzano il

Consiglio di Classe a compilare il PDP per il/la proprio/a figlio/a.

Casarano, \_\_\_\_\_

I genitori

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