

MINISTERO dell’ISTRUZIONE, dell’UNIVERSITA’ e della RICERCA

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

CENTRO SERVIZI AMMINISTRATIVI – UFFICIO VI AMBITO TERRITORIALE DI ROMA

LICEO CLASSICO E LINGUISTICO STATALE

**ARISTOFANE**

Via Monte Resegone,3 - 00139 Roma

🕿 06121125005 🖂 [rmpc200004@istruzione.it](mailto:rmpc200004@istruzione.it)

Cod. Scuola RMPC200004 – C.f. 80228210581

Distretto XII - 3° Municipio – Ambito Territoriale IX

rmpc200004@pec.istruzione.it- U.R.L. [www.liceoaristofane.edu.it](http://www.liceoaristofane.edu.it)

MODELLO DI ADESIONE AI CORSI DI RECUPERO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Classe \_\_\_\_\_\_\_ ( indicare la classe dell’a.s. 2019-20)

1)preso atto che la scuola organizza attività di recupero per le materie per le quali l’alunno ha avuto un PAI

2) essendo a conoscenza che il/la proprio/a figlio/a è tenuto obbligatoriamente a sottoporsi alle prove di verifica finalizzate all’accertamento del superamento delle carenze riscontrate, secondo il calendario stabilito dalla scuola;

DICHIARA

1)che il/la proprio/a figlio/a **frequenterà le attività di recupero** organizzate dalla scuola per le seguenti materie :

a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ f)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) che **provvederà privatamente** alla preparazione del proprio/a figlio/a finalizzata al superamento delle carenze riscontrate nelle seguenti materie:

a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ f)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

• **la mancata restituzione del presente modulo entro il 17/09/2020 sarà considerata dalla scuola come rinuncia alla frequenza delle attività di recupero**;

• se si sceglie la prima opzione, la frequenza è obbligatoria;

• in ogni caso gli studenti hanno l’obbligo di sottoporsi alle verifiche di recupero.

Il modello di adesione debitamente compilato dovrà essere inviato all’indirizzo [corsidirecupero@liceoaristofane.it](mailto:corsidirecupero@liceoaristofane.it) entro il 17/9/2020.

Roma, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_