

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico "A. Diaz"
CASERTA

Oggetto: autorizzazione

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al **Corso di ricerca e sperimentazione, Medical Research**, presso Scuola di Medicina e Chirurgia Università degli studi Federico II - Policlinico di via Pansini zona Ospedaliera Napoli.

21 febbraio 2020 dalle 8:30 alle 13:30

prossimi incontri che saranno calendarizzati

Altresì, il sottoscritto solleva l'Istituzione scolastica da qualsiasi responsabilità civile e penale.

Data _____

Firma
