



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
I.S.I.S.S. "F. DAVERIO – N. CASULA"

Via Bertolone n. 13 – 2100 Varese
Tel. 0332 283200 – Fax 0332 239389 – c. f. 80009660129

Sito internet: **www.isissdaveriocasula.gov.it** – Pec: **vais01300g@pec.istruzione.it**
CUFE: **UFOVWX** – Codice Ipa: **istsc_vais01300G**

CIRCOLARE N° 139

Varese, 22 gennaio 2016

Ai genitori degli studenti delle classi prime
segnalati per lo studio assistito pomeridiano.

Oggetto: Iscrizione e autorizzazione studio assistito pomeridiano

La scuola organizza un'attività pomeridiana di "studio assistito" sotto la supervisione di insegnanti, al fine di migliorare il metodo di studio. Il corso, gratuito, di 20 ore, prevede un incontro settimanale di 2 ore secondo un calendario stabilito dall'Istituto (Lunedì o Giovedì o Venerdì dalle ore 13.30 alle ore 15.30), dall'1/02/2016 al 22/04/2016.

Si chiede ai genitori degli alunni segnalati dai Consigli di Classe come destinatari dell'intervento didattico di comunicare entro il 26/01/2016, anche tramite la compilazione del modulo online raggiungibile attraverso il Sito dell'Istituto cliccando sull'immagine Questionario, la disponibilità a partecipare regolarmente a tutti gli incontri.

La dichiarazione di partecipazione al corso, che vale anche come autorizzazione della famiglia alla frequenza, deve essere compilata e riconsegnata alla Prof.ssa Lino Daniela entro il giorno: 26/01/2016. (Per le classi del corso CAT al Coordinatore di Classe).

Eventuali assenze dovranno essere giustificate sul libretto personale con l'insegnante dello Studio Assistito.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Nicoletta Pizzato
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/93

... Compilare/ritagliare.....

Io sottoscritto,....., genitore dell'alunno:

COGNOME:..... NOME:..... Classe:.....

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

mio figlio/a a partecipare con impegno e regolarità all'attività di "Studio Assistito".

FIRMA DEL GENITORE
