



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Liceo Scientifico Statale Augusto Righi

Via Campania, 63 00187 Roma

06/42880101 fax 06/42743728 ☉ RMPS280004@istruzione.it

www.liceorighi.roma.it

CONSENSO DELLA POTESTA' GENITORIALE

Visita guidata presso _____

Alunno _____ classe _____ sez. _____

*Al Dirigente scolastico
del L.S.S. Augusto Righi*

Oggetto: AUTORIZZAZIONE POTESTA' GENITORIALE

In riferimento alla VISITA GUIDATA presso _____

che si terr nel giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

il/la sottoscritto/a _____

genitore dello studente/essa _____

della classe _____ sez. _____ autorizzo il/la medesimo/a a parteciparvi.

Raggiungimento della visita e rientro con _____

Roma ____/____/ 20 ____

Firma del genitore _____