



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
righirom@tin.it www.liceorighi.roma.it

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DEL POF

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dello/a studente/ssa _____

iscritto/a alla classe PRIMA, a.s 20___ /20___

DICHIARA

di aver preso visione del Piano dell'Offerta Formativa del Liceo (POF).

Data _____

Firma _____