

*Ministero dell’Istruzione e del Merito*

**Istituto d’Istruzione Superiore “Confalonieri - De Chirico” I**stituto **P**rofessionale di Stato per i **S**ervizi **C**ommerciali **I**stituto **T**ecnico **T**ecnologico **G**rafica e**C**omunicazione

**L**iceo **A**rtistico

Via B. M. de Mattias, 5 - 00183 Roma - Tel. 06121122085/86 – CF 80200610584

E-mail: rmis09700a@istruzione.it - Pec: rmis09700a@pec.istruzione.it

All. 2

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’IIS “Confalonieri-De Chirico”**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………., nato/a a ……………….…………………….…………..………,

residente a ……………………………..……….……, via…………………………………………………, recapito telefonico ………….…..…………..…

genitore/tutore dello studente …………………….……… dichiara di aver preso visione della comunicazione della sospensione del giudizio.

Dichiara, altresì, che il proprio figlio

* **si avvarrà**
* **non si avvarrà**

delle attività di recupero organizzate dalla scuola

**È consapevole che resta fermo l’obbligo dello studente di sottoporsi alle verifiche predisposte dal Consiglio di classe per accertare il superamento delle insufficienze rilevate in sede di scrutinio.**

Roma , ….. giugno 2023

Firma del genitore

Pagina 1 di 1