



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "S. BENEDETTO"

Via Berlino n.2 – 03043 CASSINO Tel. 0776/300026

C.M. FRIS007004 e-mail: fris007004@istruzione.it C.F. 90012980604 - pec: fris007004@pec.istruzione.it

Agli Studenti ai loro Genitori

Ai Docenti

Al Personale ATA

SEDE

Al Sito web - Comunicazioni

Oggetto: Attivazione del Laboratorio pomeridiano di supporto allo studio.

Si informano le SS.LL. che presso la sede del Medaglia d'Oro (Via Gari), sarà attivato il Laboratorio pomeridiano integrato di supporto allo studio in collaborazione con gli educatori dell'Assistenza Specialistica.

Detto laboratorio ha la finalità di supportare gli studenti nello studio pomeridiano, aiutandoli a sviluppare e consolidare il personale metodo di studio, secondo il proprio stile d'apprendimento.

Il Laboratorio è destinato prioritariamente agli alunni con BES, sarà possibile anche la partecipazione di alunni con funzione di tutor, con il riconoscimento di ore FSL.

L'attività si svolgerà nei giorni di lunedì dalle ore 14.05 alle ore 16.05 (Resp. Prof.ssa Mastroianni) e il mercoledì dalle ore 15.05 alle 17.05 (resp. Prof.ssa Lozza)

Educatori: Marrocco, Rotondo, Brunetti, Cornacchia

Il Dirigente Scolastico

(Dott.ssa Maria Venuti)

Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate,
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "S. BENEDETTO"

Via Berlino n.2 – 03043 CASSINO Tel. 0776/300026

C.M. FRIS007004 e-mail: fris007004@istruzione.it C.F. 90012980604 - pec: fris007004@pec.istruzione.it

AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE AL LABORATORIO POMERIDIANO DI SUPPORTO ALLO STUDIO

Io sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunna/o _____ frequentante la classe _____
sez _____ autorizzo mi ___ figli___ a partecipare al laboratorio pomeridiano di supporto allo
studio, organizzato con la collaborazione degli educatori dell'Assistenza Specialistica:

L'attività si svolgerà nei giorni di lunedì dalle ore 14.05 alle ore 16.05 (Resp. Prof.ssa Mastroianni) e il
mercoledì dalle ore 15.05 alle 17.05 (resp. Prof.ssa Lozza)

Educatori: Marrocco, Rotondo, Brunetti, Cornacchia

- **Si allega copia del documento di riconoscimento.**

Cassino, li ___ / ___ / _____

Firma dei genitori / tutore

Nel caso di firma da parte di un solo genitore

"Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta / richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA
