

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**dell'I.S.S.I.T.P. "G. B. FERRIGNO – V. ACCARDI"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ in riferimento alla comunicazione ricevuta dalla scuola, per mezzo  
del Coordinatore di classe, sull'esito degli scrutini finali del proprio figlio,

**COMUNICA**

A. di **volersi avvalere** dei seguenti **corsi di recupero** organizzati dalla scuola:

- MATEMATICA
- ECONOMIA AZIENDALE
- INFORMATICA
- FRANCESE
- LETTERE

B. di essere a conoscenza del fatto che l'eventuale assenza alle prove di verifica, senza giustificati e comprovati motivi, determina la non ammissione alla classe successiva.

Castelvetrano, \_\_\_\_\_

Firma del genitore