



LICEO SCIENTIFICO STATALE "LEONARDO DA VINCI" - FIRENZE

Via G. dei Marignolli,1 Cap 50127 Tel. 055 366951/2 E-mail fips030006@istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico del
Liceo Scientifico Statale
" Leonardo da Vinci "**

FIRENZE

Firenze, _____

Io sottoscritto/a: _____

genitore dello studente/studentessa: _____

iscritto/a presso codesto Liceo Scientifico alla classe ___/___, con la presente

DICHIARO

Il ritiro dalle lezioni di mio/a figlio/a dal giorno _____ (ritiro entro il 15 marzo del corrente anno scolastico).

Dichiaro inoltre che mio/a figlio/a assolverà l'obbligo formativo nel rispetto della vigente normativa secondo la seguente modalità:

- proseguire gli studi nel sistema dell'istruzione scolastica
- frequentare il sistema della formazione professionale di competenza della Regione
- iniziare il percorso di apprendistato
- frequentare un corso di istruzione per adulti presso un Centro Provinciale per l'istruzione degli adulti

Firma *

* In caso di firma di un solo genitore , si dichiara di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza degli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile riguardanti la responsabilità genitoriale condivisa.