

LIBERATORIA UTILIZZO SPAZIO STUDIO

Milano, _____

Il sottoscritto _____ genitore
dell'alunn _____ della classe _____
dell'Istituto di Istruzione Superiore Evangelista Torricelli

AUTORIZZA

il/la figli _____ a recarsi in autonomia, dopo l'orario scolastico, presso lo Spazio Studio del Centro Puecher in
Via Ulisse Dini 7 nei giorni di martedì e mercoledì, dalle ore 13.15 alle ore 16.00 per svolgere attività di
studio individuale

DICHIARA

- di aver preso visione del regolamento qui allegato e di accettarlo in toto, assumendosi la responsabilità del comportamento del/la figlio/a
- di essere consapevole che lo Spazio Studio **non è sorvegliato** e che in caso di violazione al regolamento sarà richiesto l'eventuale risarcimento dei danni e sarà sospesa la possibilità di usufruire dello spazio
- di sollevare il personale della Scuola e il personale del Consorzio SiR da ogni responsabilità per quanto possa accadere all'alunno/a durante la permanenza nello spazio studio

Firma del genitore
