LICEO CLASSICO "MEGARA"

Classico - Scientifico - Scienze Umane - Linguistico

AUGUSTA, VIA STRAZZULLA, 10 - 96011

Tel.: 0931-522024/521834 fax: 0931.472368

Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: http://www.liceomegara.gov.it

Prot. n° 3928
C.I. N° 356.

Augusta, 26 aprile 2018

- **Al docente coordinatore della classe 4^A L. Classico**
- **Ai docenti della classe 4^A L. Classico**
- **Al Direttore dei Servizi Gen. e Amm.**
- **Alla prof.ssa Solano Floriana**
- **Atti**
- **Sito web**

OGGETTO: Attività A.S.L. alunni classe 4^A Liceo Classico.

Si informano le SS.LL. in indirizzo che gli alunni della classe 4^A Liceo Classico, svolgeranno l'attività-visita di A.S.L. dal titolo: "Riordinare per appropriarsi del proprio passato" presso l'Archivio Comunale di Augusta sotto la guida della Dott.ssa Maria Stella Gianino **venerdì 27 aprile 2018, in orario antimeridiano.**

Gli alunni della classe 4^A Liceo Classico lasceranno la scuola alle ore 10:15 e si recheranno in maniera autonoma presso l'Archivio Comunale; al termine della visita si recheranno a casa.

Si allegano autorizzazioni

Il Compilatore
Prof.ssa Gabriella Rista

Il Dirigente Scolastico Reggente
Dott.ssa Agata Sortino

LICEO CLASSICO "MEGARA"
Classico - Scientifico - Scienze Umane - Linguistico
AUGUSTA, VIA STRAZZULLA, 10 - 96011
Tel.: 0931-522024/521834 fax: 0931.472368
Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: http://www.liceomegara.gov.it

DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLA PROF.SSA SOLANO FLORIANA ENTRO IL 27/04/2018

Il/La sottoscritto/a.....padre/madre dell'alunno/a.....frequentante la classe.....sez.....del Liceo.....dichiara di aver ricevuto la comunicazione relativa alla visita all'Archivio Comunale di Augusta – Attivita' ASL che si terrà in data 27/04/2018, dalle ore 10.15 e fino al termine della visita e autorizza il proprio figlio/a a parteciparvi sollevando la scuola da ogni responsabilità civile e penale.

Data,..... Firma

DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLA PROF.SSA SOLANO FLORIANA ENTRO IL 27/04/2018

Il/La sottoscritto/a.....padre/madre dell'alunno/a.....frequentante la classe.....sez.....del Liceo.....dichiara di aver ricevuto la comunicazione relativa alla visita all'Archivio Comunale di Augusta – Attivita' ASL che si terrà in data 27/04/2018, dalle ore 10.15 e fino al termine della visita e autorizza il proprio figlio/a a parteciparvi sollevando la scuola da ogni responsabilità civile e penale.

Data,..... Firma

DA COMPILARE E RESTITUIRE ALLA PROF.SSA SOLANO FLORIANA ENTRO IL 27/04/2018

Il/La sottoscritto/a.....padre/madre dell'alunno/a.....frequentante la classe.....sez.....del Liceo.....dichiara di aver ricevuto la comunicazione relativa alla visita all'Archivio Comunale di Augusta – Attivita' ASL che si terrà in data 27/04/2018, dalle ore 10.15 e fino al termine della visita e autorizza il proprio figlio/a a parteciparvi sollevando la scuola da ogni responsabilità civile e penale.

Data,..... Firma