|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| emblema_della_repubblica_italiana | *ISTITUTO COMPRENSIVO NICHELINO I*  **V. Moncenisio, 24 – 10042 Nichelino (TO) - tel. 0116819633**  e – mail: [TOIC8A5005@istruzione.it](mailto:TOIC8A5005@istruzione.it) - pec: [TOIC8A5005@pec.istruzione.it](mailto:TOIC8A5005@pec.istruzione.it) - C.F. 94073500012  [www.icnichelinouno.edu.it](http://www.icnichelinouno.edu.it) | Logo IC 1 |

**ISCRIZIONE ALLO STUDIO ASSISTITO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genitore dell’allievo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede per il proprio figlio/a l’iscrizione allo studio assistito nel/nei seguente/i giorno/i:

□ **Lunedì**

□ **Mercoledì**

□ **Venerdì**

Con la presente autorizza la partecipazione.

Nichelino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA RICONSEGNARE A SCUOLA SABATO 30 SETTEMBRE 2023 DALLE 9,30 ALLE 13,00 UNITAMENTE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*ISTITUTO COMPRENSIVO NICHELINO I*

**RICEVUTA DI ISCRIZIONE ALLO STUDIO ASSISTITO**

Si riceve in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la domanda di iscrizione allo studio assistito per i giorni:

□ Lunedì □ Mercoledì □ Venerdì

Firma di chi riceve \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_