Al Dirigente Scolastico

Liceo Scientifico “Da Vinci”

Vallo della Lucania

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alunno/a della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a.s. 2019/20

Dichiara

di essere disponibile a partecipare al Corso di Citofluorimetria, nell’ambito delle attività relative ai PCTO.

data , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(per gli alunni minorenni)