

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\sacconi.m\Desktop\logo2.png | M.I.U.R. - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**Istituto Comprensivo Statale “Via Poseidone**”RMIC8FB007 - Via Poseidone, 66 – 00133 Roma C.F. 97713330583Tel. 06/2014794 – 06/20686623- Fax 06/23327724 E-mail: rmic8fb007@istruzione.it – SitoWeb :www.icviaposeidone.gov.itDistretto XVI – Ambito 4 | C:\Users\sacconi.m\Pictures\Saved Pictures\start.jpg |

Al Presidente della Commissione d’Esame

dell’Istituto Comprensivo “Via Poseidone”

OGGETTO: autorizzazione uscita anticipata prove Esame di Stato I° Ciclo di istruzione.

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

genitori dello/a studente/essa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a alla classe III \_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

Il/la proprio/a figlio/a ad uscire aut**o**nomamente nel caso in cui termini lo svolgimento delle prove

 scritte previste dall’Esame di Stato prima dello scadere del tempo assegnato e al termine del colloquio

 pluridisciplinare dell’esame orale , esonerando la scuola da ogni responsabilità dopo l’uscita.

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_