



Liceo Classico e Linguistico con Sezione Ospedaliera

"Francesco Petrarca"

34139 TRIESTE - Via D. Rossetti, 74 - tel.: 040 390202 fax: 040 3798971 - C.F. 80019940321

e-mail: scrivici@liceopetrarcats.it pec: tspc02000n@pec.istruzione.it

sito web: www.liceopetrarcats.edu.it

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

DOMANDA D'ISCRIZIONE AI CORSI DI PREPARAZIONE PER LE CERTIFICAZIONI LINGUISTICHE DI LINGUA FRANCESE DELF B2- DALF C1

Il/la sottoscritto/a _____

padre/madredello/aStudente/ssa _____

Nato/a il _____ Frequentante la classe _____

Indirizzo e-mail dello studente/ssa _____

Telefono (cellulare) dello studente/ssa _____

C H I E D E

l'iscrizione del/la proprio/a figlio/a al corso di preparazione alla certificazione linguistica DELF-Dalf (con frequenza una volta alla settimana) e si impegna pertanto a pagare il contributo previsto.

(Barrare il livello scelto)

☐ DELF B2 (40 ore) Orario 14.30-16.30 Lunedì

☐ DALF C1 (30 ore) Orario 14.30-16.30 Lunedì

Trieste, 21/10/2019

Firma del genitore o dello studente (se maggiorenne)

Nel caso di firma del genitore, lo stesso, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per chi rilasci dichiarazioni mendaci, dichiara di aver rilasciato la presente autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**NB: IL PRESENTE MODULO VA RICONSEGNA TO AI PROFF. MARCHETTI O BLOOMFIELD
ENTRO LUNEDI' 21 OTTOBRE 2019 UNITAMENTE ALL'ATTESTAZIONE DEL VERSAMENTO
DELLA QUOTA RICHIESTA DALLA SCUOLA**