

SOLO PER ALLIEVI MINORENNI

Io sottoscritto (nome e cognome genitore) _____

Genitore di (nome e cognome allievo) _____

Frequentante la classe

3°Auto

4°Auto

3°Osv

4°Osv

Presso CFP TICINO MALPENSA di Somma Lombardo

ACCONSENTO

Mio figlio/a a riprendere le attività di tirocinio curriculare

Data _____

Firma del genitore _____