**Autorizzazione Corsi di recupero di Matematica**

**Classi Terze SSPG a.s. 2025/26**

# Si comunica che da mercoledì 5 novembre 2025 dalle ore 14:00 alle ore 16:00 presso la sede di via del Faro n. 225, partiranno i corsi di recupero di Matematica rivolti agli alunni delle Classi Terze che aderiranno.

# I corsi sono svolti in orario pomeridiano, gratuiti con docente interno all’istituto e organizzati dalla scuola, secondo modalità previste dal Collegio Docenti e dai rispettivi Consigli di Classe.

*Da consegnare al docente coordinatore di classe entro* ***lunedì 27 ottobre 2025***

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore dell’alunno/a**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Classe:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sezione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il proprio/a figlio/a a frequentare il **corso di recupero di matematica** **al di fuori dell’orario scolastico** organizzato dalla scuola e tenuto da un docente interno.

Il corso è finalizzato al consolidamento delle competenze di base e al recupero delle carenze evidenziate nel primo periodo dell’anno scolastico.

**DICHIARA**

di essere a conoscenza che la partecipazione al corso è volontaria e che l’alunno/a si impegna a frequentare con regolarità tutte le lezioni previste.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CALENDARIO CORSO DI RECUPERO DI MATEMATICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **n°** | **data** | **dalle …alle** |
| 1 | Mercoledì 5 novembre | 14:00/16:00 |
| 2 | Mercoledì 12 novembre | 14:00/16:00 |
| 3 | Mercoledì 19 novembre | 14:00/16:00 |
| 4 | Mercoledì 26 novembre | 14:00/16:00 |
| 5 | Mercoledì 3 dicembre | 14:00/16:00 |