**MODULO DI ADESIONE AL TEST DI LIVELLO**

**Anno scolastico 2017-2018**

Il/LaSottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_Tel./cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di **voler iscrivere** il proprio figlio/a al Test di Livello gratuito che si terrà il giorno Venerdì 20 Ottobre 2017 dalle ore 14.30 alle ore 16.00 presso i locali dell’Istituto D.R. Chiodi e contestualmente

AUTORIZZO

mio figlio/a ad uscire dall’Istituto al termine del Test

**da solo**

**prelevato da uno dei due genitori o persona delegata**

Roma, Firma di uno dei genitori

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