

Modifica opzioni alla Religione Cattolica

Al Dirigente Scolastico del
Liceo Scientifico "Antonio Pacinotti"
CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a _____
(genitore o se maggiorenne l'alunno/a)

genitore dell'alunno/a _____

Iscritto per l'anno scolastico ____/____ alla classe ____ sezione _____

DICHIARA

di voler modificare la scelta in merito all'insegnamento della Religione cattolica per l'anno scolastico ____/____ presentata all'atto di iscrizione con la seguente scelta:

A tal proposito dichiara che in suddetta ora si avvarrà di:

Dichiaro **di non voler più frequentare** la materia a partire dall'A.S. ____/____;

Dichiaro **voler frequentare** la materia a partire dall'A.S. ____/____

Firma dello/la studente/ssa: _____

Controfirma del genitore o di chi esercita la potestà dell'alunno minorenni frequentante un istituto di istruzione secondaria di II grado che abbia effettuato la scelta di cui al punto B), a cui successivamente saranno chieste puntuali indicazioni per iscritto in ordine alla modalità di uscita dell'alunno dalla scuola, secondo quanto stabilito con la c.m. n. 9 del 18 gennaio 1991.

Firma del Genitore o di chi esercita la patria potestà per gli alunni minorenni

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n. 305.

Cagliari, _____

In fede
