

## SASFAL

Via Longhin 117 - Padova

Tel 049 8944211

sasfalcgil@gmail.com

Al Servizio SASFAL

Padova

### Scheda di adesione

Il sottoscritto.....

residente a ..... in via.....n. ....

genitore dello studente.....

frequentante la classe..... sez. .... del corso di .....

presso l'Istituto.....di.....

comunica di accettare di fare partecipare il figlio all'attività prevista dal servizio **SOS Recupero scolastico on the net**, prendendo atto che:

*impegna lo studente ad almeno un contatto settimanale con il docente tutor per tutto il periodo dell'attività.*

Segnala i dati dello studente ai fini dei contatti:

mail.....

cell.....

Prende atto del contributo volontario all'Associazione SASFAL per il servizio **SOS Recupero scolastico on the net**.

Data.....

Firma.....

Per presa d'atto e conferma degli impegni

Il Prof. ....