



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "C. BARONIO"
03039 S O R A (FR) DISTRETTO n. 56

SEDE: Viale San Domenico, s.n.c
e-mail: fris027009@istruzione.it
Web: <http://www.iisbaronio.it/>

Tel.(0776/ 831284 **Fax** 0776/824594
pec: fris027009@pec.istruzione.it

(Sede Accreditata e Certificata)
Codice Fiscale 91026720606
Codice Istituto: FRIS027009

Prot. N. ____

Sora, 06/03/2017

**- Ai Docenti, ai Genitori, agli Studenti
delle classi 5Q-4M-5M-4B-5B-5E**

- Al DSGA

Circolare n. 395

Si comunica che gli studenti sottoelencati e nei giorni indicati si recheranno presso l'Ospedale S.S. Trinità di Sora, accompagnati con il pulmino dell'Associazione *Fratres* per la donazione del sangue.

Al termine gli alunni sono liberi da impegni scolastici.

Martedì 7 marzo alle ore 8:30 classi: 5Q-4M-5M

Classe 5[^] sez. Q

1. Bruni Martina
2. Cherubino Alessandro
3. Dabija Ala
4. Gabriele Aurora
5. Lombardozzi Sara
6. Lucchetti Francesca
7. Mariani Simona
8. Panetta Paola
9. Rezoagli Francesco
10. Tatangelo Stefano
11. Tersigni Melissa

Classe 4[^] sez. M

1. Di Scanno Riccardo
2. Gargano Simone
3. Paglia Loreto

Classe 5[^] sez. M

1. Alonzi Fiore
2. Di Marco Matteo

venerdì 10 marzo alle ore 8:30 classi: 4B-5B-5E

Gli alunni saranno accompagnati dalla prof.ssa Di Stefano Francesca

Classe 4[^] sez. B

1. Vernile Andrea

Classe 5[^] sez. B

1. Palmerini Alessia
2. Patrizi Ilaria

Classe 5[^] sez. E

1. Forte Matteo
2. Iaboni Jessica
3. Mauti Luna
4. Molella Chiara
5. Patriarca Riccardo

Gli studenti di cui sopra devono presentare al Dirigente Scolastico autorizzazione dei Genitori ad effettuare il prelievo.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Biancamaria VALERI
Documento firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs. 82/2005

E/E

AL DIRIGENTE

DELL'I.I.S. "Baronio"
SORA (FR)

_ L_ sottoscritt _____

genitore dello studente/ssa _____ frequentante la classe
_____ di codesto Istituto

AUTORIZZA

/Il/la predetto/a figlio/a a recarsi il giorno _____ alle ore 8:30 presso l' Ospedale S.S.
Trinità di Sora, con il pulmino *dell'Associazione Fratres*, per la donazione di sangue.

Gli studenti saranno accompagnati dalla prof.ssa

Al termine gli alunni sono liberi da impegni scolastici.

Sora li _____

(Firma)

AL DIRIGENTE
DELL'I.I.S. "Baronio"
SORA (FR)

_ L_ sottoscritt _____

genitore dello studente/ssa _____ frequentante la classe
_____ di codesto Istituto

AUTORIZZA

/Il/la predetto/a figlio/a a recarsi il giorno _____ alle ore 8:30 presso l' Ospedale S.S.
Trinità di Sora, con il pulmino *dell'Associazione Fratres*, per la donazione di sangue.

Gli studenti saranno accompagnati dalla prof.ssa

Al termine gli alunni sono liberi da impegni scolastici.

Sora li _____

(Firma)
