

COGNOME E NOME ALUNNO/A \_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_ CLS/SEZ. \_\_\_\_\_

**OPZIONE RIGUARDO L'INSEGNAMENTO DELLA LINGUA MINORITARIA PER IL/LA  
PROPRIO/A FIGLIO/A ED ALLA CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE  
ACQUISITE.**

**SIELTE DAI GJENITÔRS PAR L'INSEGNAMENT DE LENGHE MINORITARIE E  
L'ATESTAZION DES COMPETENCIS DAL/DE LÔR FRUT/E.**

**INTENDO AVVALERMI DELL'INSEGNAMENTO DELLA LINGUA FRIULANA?**

**O INTINT DI VALÊMI DAL INSEGNAMENT DE LENGHE FURLANE?**

SI

NO

(La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa, datando e sottoscrivendo il presente modulo).

(La sielte si la fâs valê marcant cuntune crosute la vôs che e interesse, scrivint la date e firmant il presint modul).

L'opzione espressa mantiene l'efficacia negli anni scolastici successivi salvo richiesta di revoca annuale.

La sielte esprimude e à valôr ancje par i agns di scuele a vignî a mancûl che no si decidi di cambiâle an par an.

Data/Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GENITORE / FIRME DAL GJENITÔR