



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA'  
E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
"VIALE F. SANTI,65" ROMA  
VIALE F. SANTI 65 ROMA 00155 –  
TEL 06/45438165 FAX 06/4072139  
RMIC8B5008 – DISTRETTO N. 13 – C.F. 97567160581  
MAIL [rmic8b5008@istruzione.it](mailto:rmic8b5008@istruzione.it)/[rmic8b5008@pec.istruzione.it](mailto:rmic8b5008@pec.istruzione.it)



UNI EN ISO 9001 :2008

**Al Dirigente Scolastico  
Al Docente di Inglese**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ alunno/a della classe  
\_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ chiede di aver accesso allo sportello didattico di  
recupero per il/i seguente/i argomento/i:

---

---

---

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Firma dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

Il Genitore \_\_\_\_\_ dell'alunno \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ autorizza il proprio figlio a partecipare alle  
attività dello Sportello Didattico presso l'Istituto il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore  
\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Firma del Genitore  
(per presa visione ed autorizzazione)

\_\_\_\_\_