



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/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)
