**Da compilare a cura degli alunni**

**MODULO RICHIESTA SPORTELLO DIDATTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME, CLASSE |  |
| MATERIA |  |
| ARGOMENTO |  |
| NOME INSEGNANTE |  |
| **DATA/ORARIO** |  |

**Attenzione: LE RICHIESTE DEVONO ESSERE EFFETTUATE ALMENO TRE GIORNI PRIMA.**

PER GLI ALUNNI MINORENNI. DA COMPILARE A CURA DELLA FAMIGLIA

Il sottoscritto………………………………………, genitore dell’alunno……………………………………………della

classe……………………, dichiara di essere a conoscenza della richiesta del figlio e che i medesimo

frequenterà il recupero come sopra specificato nel giorno e nell’orario indicato.

Dichiara di essere a conoscenza che non verranno accettate le richieste che non siano presentate

con almeno tre giorni scolastici di anticipo.

Firma

………………………………………………………