

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ DOCENTE DI:

SOSTEGNO COORD. DI CLASSE DI CLASSE Altro
(Specificare)

CHIEDE

di poter consultare il/i fascicolo/i riservato/i Dsa Dva Bes / fascicolo ordinario
alunno/i (max 2 alla volta) - plesso frequentato

cognome/nome classe sez

cognome/nome classe sez

(Richiesta da far pervenire in anticipo per la seguente fascia oraria: dalle h. 10.30 alle h. 12.30)

il giorno alle ore oppure il giorno alle ore

data

Firma

**N.B. NON E' CONSENTITO RILASCIARE FOTOCOPIE DEI DOCUMENTI INSERITI NEI FASCICOLI.
A FINE CONSULTAZIONE IL FASCICOLO DEV'ESSERE RICONSEGNATO AL PERSONALE
AMMINISTRATIVO DELL'UFFICIO.**

<p style="text-align: center;">RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO</p> <p><input type="checkbox"/> VISTO si autorizza IL DIRIGENTE SCOLASTICO</p>

RITIRO: Data Firma

RESTITUZIONE: Data Firma

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Giorni di consegna/consultazione:

.....