

**RICHIESTA PROVE DI VERIFICA**

Alunno-Genitori

Ufficio

Prot. n. \_\_\_\_\_ Tit. \_\_\_\_\_ cl \_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO****Richiesta PROVE DI VERIFICA**

A.S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

in qualità di  genitore  tutore legale

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_

**chiede**

di poter visionare a casa le prove di verifica svolte dal proprio figlio/a. \_\_\_\_\_

Si impegna a **restituire** ogni prova **entro 3 (tre giorni)**, in caso contrario le verifiche non saranno più consegnate; il genitore/tutore legale potrà comunque prenderne visione presso la Scuola (previo appuntamento con il docente di disciplina).

Livigno , \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A mezzo \_\_\_\_\_

L'Assistente amm.vo addetto al controllo \_\_\_\_\_

Il Direttore dei Servizi G. A.  
Maria Catena FAZIO**Note Del Dirigente Scolastico**Visto Si autorizza Non si autorizza **Il Dirigente Scolastico**  
**Prof. Bruno Spechenhauser**