

MODULO DI RICHIESTA COPIA e/o VISIONE DI DOCUMENTI SCOLASTICI

Al Dirigente Scolastico
I.C.S. Selvazzano 1
Via Genova 4 – Selvazzano

Il/La sottoscritto/a nato anato/a il
genitore, tutore ecc. di dell' alunno
della classe..... sez..... della sede di
con recapito telefonico e-mail.....

CHIEDE

- Il rilascio di copia conforme dei sottoelencati documenti scolastici;**
- La visione dei seguenti documenti depositati nel proprio fascicolo personale;**

- 1.
- 2.
- 3.

Per i seguenti motivi:

.....
.....
.....

Distinti saluti.

Data

Firma del richiedente.....

Sezione Riservata all' Ufficio di Segreteria

Si comunica che il rilascio o la visione dei documenti agli atti di questa Amministrazione è disciplinato dalla L. 241 del 7/8/1190 art. 22 e successivi.

- 1. La visione** di documenti personali è gratuito;
- 2. Il rilascio** di documentazione conforme all'originale è subordinato al rimborso del costo di riproduzione come segue:
 - a) € 0,25 copia di n. 1 pagina A4**
 - b) € 0,50 copia foglio A4 (fronte/retro)**
 - c) € 0,50 copia di n. 1 pagina formato A3**
 - d) € 1,00 copia foglio A3 (fronte/retro) .**

Vista la domanda presentata del sig.....(padre, madre,tutore, ecc.) si informa che il costo della documentazione richiesta è di €

L'importo è stato effettuato tramite:

- versamento in c.c.p. 1010121281
- bonifico bancario IT 49 E 07601 12100 001010121281
- altro

La segreteria

Firma per ricevuta.....