

MODULO DI RICHIESTA COPIA e/o VISIONE DI DOCUMENTI SCOLASTICI

Alla c.a. del Dirigente Scolastico

I.C. Selvazzano 1 "T. Albinoni"

Via Genova, 4 – Selvazzano D.

Il/la sottoscritto/a nato a il,
genitore/tutore dell'alunno della classe plesso,
recapito telefonico, mail

CHIEDE

Il rilascio di copia conforme dei sottoelencati documenti

La visione dei seguenti documenti

1.
2.
3.
4.
5.

Per i seguenti motivi:

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

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 7/8/1990 art. 22 e successivi.

1. La visione di documenti personali è gratuita
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 di foglio A4 fronte/retro
 - c. € 0.50 copia di n. 1 pagina A3
 - d. € 1.00 copia di foglio A3 fronte/retro

Vista la domanda presentata dal/dalla sig./ra si informa che il costo della documentazione richiesta è di €

L'importo richiesto è stato effettuato tramite

- PagOnline

Firma per ricevuta _____