

Alla Famiglia dell’Alunno/all’alunno/

Alla Comunità/Al Tutore dell’alunno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Oggetto: Richiesta di attivazione sportello didattico.*

Il Consiglio di classe del corso di primo livello I periodo sezione\_\_\_\_\_\_ all’esito dell’osservazione sull’andamento didattico dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentanti il predetto corso; avendo riscontrato difficoltà del medesimo in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con riferimento al/ai seguente/i argomento/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RITIENE VIVAMENTE CONSIGLIATA** la partecipazione dell’alunno allo sportello didattico dedicato al recupero e approfondimento di quanto sopra, compatibilmente con gli orari delle lezioni e con le altre esigenze didattiche.

**IL CONSIGLIO DI CLASSE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | COGNOME | FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**LA FAMIGLIA/ALUNNO/COMUNITA’/TUTORE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | COGNOME | FIRMA |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Preso atto di quanto sopra  |
| * CONCORDO con la necessità di frequentare lo sportello di recupero
 |
| * NON CONCORDO con la necessità di frequentare lo sportello e provvederò autonomamente al recupero delle carenze
 |

 Novara Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_