Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "A Zanelli"

Il/la sottoscritt__ _____

genitore/tutore dell'alunn__ _____

della classe _____ sez. _____, che sosterrà le seguenti Prove di Recupero a fine Agosto, inizio settembre:

MATERIA: _____

MATERIA: _____

MATERIA: _____

C H I E D E

che il proprio figlio/a, in possesso di documentazione DSA agli atti della Scuola, **possa sostenere la/le prova/e orale/i compensativa/e nei termini di legge.**

Data _____

_____
(Firma del genitore/tutore)