RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER ALUNNO/A

SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSEGNANTE/I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISCIPLINA/E \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il minore ……………………………………………………………

nato a …………………………… il …………………

e residente a …………………………… via …………………

Telefono ………………………………………………

Esplicitare, in modo discorsivo, quali motivazioni hanno portato alla richiesta di valutazione (evidenziare le difficoltà nelle diverse discipline e indicare eventuali strategie e strumenti utilizzati: verifiche standardizzate, test oggettivi, prove di vario genere ecc...): ……………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

Data…………………………

Firme dei docenti:

| DISCIPLINA | DOCENTE – FIRMA*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell’art. 3, c. 2. D. Lgs. N. 39/1993* |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**La Dirigente Scolastica**

**Dott.ssa Claudia Marchi**