



## Scuola Secondaria di Primo Grado «Dante Arfelli»

Viale Gastone Sozzi, 6 47042 Cesenatico (FC)

Tel. 054780309 – 0547672888 - Cod. Fisc. 90041150401 - CM: FOMM08900A

Mail: [fomm08900a@istruzione.it](mailto:fomm08900a@istruzione.it) PEC: [fomm08900a@pec.istruzione.it](mailto:fomm08900a@pec.istruzione.it)

[www.smdantearfelli.edu.it](http://www.smdantearfelli.edu.it)

Al Docente

Prof. ....

Oggetto: **Richiesta di documentazione fotografica di verifica svolta in classe**

Io sottoscritto/a .....nato/a a ..... prov. ....

il ..... tel. .... genitore/tutore dell'alunno/a .....

iscritto alla classe ..... della Scuola Secondaria di primo grado "Dante Arfelli"

CHIEDO

Copia fotografica della verifica svolta da mio figlio/a in data ..... nella seguente materia

..... per i seguenti motivi:

.....  
.....

**Mi riservo di farne un uso strettamente personale.**

**Mi impegno a non divulgare la documentazione con nessun mezzo (D.Lgs. 196/2003)**

Cesenatico, .....

FIRMA

.....

**Per visionare e scaricare la verifica richiesta si deve accedere all'account istituzionale del proprio figlio e aprire la Classroom del docente.**