

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' Istituto Comprensivo
San Giorgio di Mantova
Piazza 8 Marzo
46030 San Giorgio di Mantova (MN)
Mnic81600d@istruzione.it

OGGETTO: DICHIARAZIONE SMARRIMENTO VERIFICA

Il/la sottoscritto/a _____ genitore
(cognome e nome padre/madre)
dell'alunno/a _____ nato/a a _____ (____) il _____
(cognome e nome)
frequentante nell'a.s. _____ la classe _____ sez. _____ plesso di _____

DICHIARA

O di NON AVER PRESO VISIONE della verifica di _____ (*indicare la materia*) del proprio figlio;

O di AVER PRESO VISIONE della verifica di _____ (*indicare la materia*) del proprio figlio
svoltasi in data _____ che riportava la seguente valutazione : _____

Dichiara altresì che la suddetta verifica è stata smarrita.

San Giorgio di Mantova, _____

Firma del Genitore _____