

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.S.S.I.T.P. "G.B. Ferrigno- Accardi"
Castelvetrano

I sottoscritti _____

in qualità di _____

dell'allieva/o _____

iscritto alla classe _____ sez. _____ del Suo Istituto,

DICHIARANO

- di accettare**
- di non accettare**

la decisione del Consiglio di Classe sulla valutazione dell'allieva/o in questione, e quindi desiderano che venga valutata/o in maniera:

- differenziata** (ai sensi dell'art. 15 dell'O.M. n° 90/01)
- conforme agli obiettivi della classe** (ai sensi degli artt. 12 e 13 dell'O.M. citata)

Firme _____
