ISTITUTO SALESIANO AGOSTI

SCUOLA **P**RIMARIA E **S**ECONDARIA DI PRIMO GRADO
Piazza S. Giovanni Bosco, 12
32100 **B**ELLUNO
Tel. 0437/34815 Fax: 0437/32704

MODULO PER I RECLAMI E LE SEGNALAZIONI POSITIVE

Dati del segnalante

1.Nome e cognome: ……..……..……...

2.Ruolo ricoperto all'interno della CEP (Comunità educativo-pastorale):

❑ Collaboratore laico: ❑ docente ❑ personale ATA

❑ Genitore. Classe/i frequentata/e dal/i figlio/i (P: primaria; S1G: secondaria di 1° grado):……..

❑ Alunno. Classe frequentata (P: primaria; S1G: secondaria di 1° grado):……..

❑ Altro (specificare): ……

Ambito della segnalazione

❑ Area didattico-educativa scuola primaria ❑ Area didattico-educativa scuola secondaria di 1° grado	➲ *Gent.mo sig. Direttore/Preside*
Area dei servizi amministrativi: ❑ Segreteria amministrativa ❑ Mensa ❑ Ambienti	➲ *Gent.mo sig. Economo*

Contenuto della segnalazione

……

……

……

……

……

…… ……....
data *firma*