



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**I. I. S. VIA DELL'IMMACOLATA, 47**  
Distretto n° 29 – RMIS10100R  
Via dell'Immacolata, 47 - 00053 Civitavecchia (RM)  
Tel. 076623256 - Fax 0766500028

## COMUNICAZIONE alle famiglie ex OM 92/07

Ai Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Docente:	Disciplina:	
<b>Competenze non adeguate per quanto riguarda i seguenti moduli:</b>	<b>Natura delle difficoltà rilevate:</b> <input type="checkbox"/> Impegno non adeguato alle richieste formative <input type="checkbox"/> Difficoltà espositive <input type="checkbox"/> Metodo di studio inadeguato <input type="checkbox"/> Lacune di base <input type="checkbox"/> Acquisizione contenuti: conoscenze non adeguate <input type="checkbox"/> Elaborazione contenuti <input type="checkbox"/> Difficoltà operative	<b>Modalità di verifica deliberata dal Consiglio di Classe</b> <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Scritta
	<b>Interventi proposti:</b> <input type="checkbox"/> <b>SPORTELLO DI RECUPERO</b> <input type="checkbox"/> <b>STUDIO INDIVIDUALE (con eventuale sportello)</b>	
	<i>Firma Docente</i>	

Docente:	Disciplina:	
<b>Competenze non adeguate per quanto riguarda i seguenti moduli:</b>	<b>Natura delle difficoltà rilevate:</b> <input type="checkbox"/> Impegno non adeguato alle richieste formative <input type="checkbox"/> Difficoltà espositive <input type="checkbox"/> Metodo di studio inadeguato <input type="checkbox"/> Lacune di base <input type="checkbox"/> Acquisizione contenuti: conoscenze non adeguate <input type="checkbox"/> Elaborazione contenuti <input type="checkbox"/> Difficoltà operative	<b>Modalità di verifica deliberata dal Consiglio di Classe</b> <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Scritta
	<b>Interventi proposti:</b> <input type="checkbox"/> <b>SPORTELLO DI RECUPERO</b> <input type="checkbox"/> <b>STUDIO INDIVIDUALE (con eventuale sportello)</b>	
	<i>Firma Docente</i>	

Docente:	Disciplina:	
<b>Competenze non adeguate per quanto riguarda i seguenti moduli:</b>	<b>Natura delle difficoltà rilevate:</b> <input type="checkbox"/> Impegno non adeguato alle richieste formative <input type="checkbox"/> Difficoltà espositive <input type="checkbox"/> Metodo di studio inadeguato <input type="checkbox"/> Lacune di base <input type="checkbox"/> Acquisizione contenuti: conoscenze non adeguate <input type="checkbox"/> Elaborazione contenuti <input type="checkbox"/> Difficoltà operative	<b>Modalità di verifica deliberata dal Consiglio di Classe</b>
		<input type="checkbox"/> Orale
		<input type="checkbox"/> Scritta
	<b>Interventi proposti:</b> <input type="checkbox"/> <b>SPORTELLO DI RECUPERO</b> <input type="checkbox"/> <b>STUDIO INDIVIDUALE (con eventuale sportello)</b>	
	<i>Firma Docente</i>	

**Sportelli di recupero:** sono sportelli svolti in orario antimeridiano, gratuiti e organizzati dalla scuola, secondo modalità previste dal Collegio Docenti. Verranno organizzati corsi di recupero per le seguenti discipline: latino, greco, inglese, matematica.

Sia nel caso in cui la famiglia non intenda avvalersi degli sportelli di recupero, sia nel caso in cui intenda avvalersene dovrà essere compilata la parte relativa ai corsi di recupero contenuta nel tagliando sottostante.

**Studio individuale:** viene indicato per carenze che possono essere recuperabili autonomamente dall'alunno/a attraverso lo studio e un maggior impegno individuale. Nel caso in cui si rendesse necessaria una attività di supporto allo studio individuale, l'alunno/a potrà accedere allo sportello didattico sulla base delle disponibilità offerte dai docenti.

**Lo studente dovrà effettuare la prova di verifica del superamento delle carenze nella settimana dal 26 al 30 agosto 2019.**

Data \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico  
prof.ssa Anna Maria Dema**

 da raccogliere a cura di un rappresentante di classe e da consegnare al coordinatore

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione della comunicazione dei debiti formativi relativi al pentamestre. Inoltre, in relazione agli sportelli di recupero organizzati dalla scuola, dichiara:

di voler far frequentare al proprio figlio/a i seguenti corsi di recupero:

1 ..... 2..... 3.....

oppure

di non voler far frequentare al proprio figlio/a i corsi organizzati dalla scuola.

*Firma*

\_\_\_\_\_