

RICHIESTA NUMERO AGGIUNTIVO FOTOCOPIE/CICLOSTILE

La/il sottoscritta/o _____ insegnante presso

_____ chiede di poter ottenere n. _____
copie aggiuntive di

fotocopie

ciclostile

per il seguente motivo:

a pagamento (allego ricevuta)

non a pagamento

Data ___/___/_____

Firma _____



Autorizzazione del Dirigente Scolastico per n. _____

fotocopie

ciclostile

a pagamento (allegata ricevuta)

non a pagamento

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Sabine Giunta

Data ___/___/_____