GESTIONE RECLAMI

SEGNALAZIONE RECLAMO / DISFUNZIONE

Reclamo/disfunzione presentato/a il: ..... - ..... - 20.....

- dal Sig. / Sig.ra: **.....**

- ❑ **Docente**
- ❑ **Personale ATA**

❑ **Genitore/Tutore di:** **.....** **Classe:** **.....**

- dallo Studente: **.....** **Classe:** **.....**

Oggetto del reclamo: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Proposta di soluzione:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data:…….. Firma: ……

Reclamo/disfunzione raccolto/a il: ..... - ..... - 20.....da: RGQ

Data:…….. Firma: ……

Reclamo/disfunzione registrato/a il: ..... - ..... - 20....da: RGQ

Data:…….. Firma: ……

Firma:	*Data:*

ITCG "C. Battisti"
Via IV Novembre, 11 – 25087 SALO' BS
Tel. 0365-41213 Fax 0365-43694
e-mail: salobatt@provincia.bs.it
Web: www.itcgbattisti.it
C.F. e P.IVA 87002230172