

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER
ATTIVAZIONE CORSI DI RECUPERO**

Il/la sottoscritto/a Prof. _____
docente a tempo indeterminato/determinato di _____
chiede di poter attivare un corso di recupero di _____
nelle classi _____ sezione (*) _____ n. alunni _____
dal giorno _____ al giorno _____ nelle seguenti giornate:

giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	sede (*) _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	sede (*) _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	sede (*) _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	sede (*) _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	sede (*) _____
giorno _____	dalle ore _____	alle ore _____	sede (*) _____

Totale ore

Il/La sottoscritto/a docente

- ➔ dichiara che l'attività è stata approvata dal _____;
- ➔ si impegna a segnalare sul registro di classe, per la data prevista, questa attività, se autorizzata;
- ➔ provvede ad ogni altro adempimento necessario per il suo corretto svolgimento.

segnala la propria disponibilità ad effettuarlo
segnala la propria indisponibilità ad effettuarlo

Data

Firma

(*) Sezione classica o sezione scientifica

Visto si concede
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Rossella Crisafi