



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura **ISTITUTO COMPRENSIVO ARCO**

Codice scuola 3070

Data , _____

OGGETTO: RICHIESTA ORE DI RECUPERO

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

chiede

ORE DI RECUPERO:

il giorno |__| |__| |__| |__| numero ore |__| dalle ore |__|| |__|| alle ore |__|| |__||

il giorno |__| |__| |__| |__| numero ore |__| dalle ore |__|| |__|| alle ore |__|| |__||

il giorno |__| |__| |__| |__| numero ore |__| dalle ore |__|| |__|| alle ore |__|| |__||

per un totale di ore |__| |__|

FIRMA DEL DIPENDENTE

per autorizzazione
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
dott.ssa Paola Maroni
