



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