

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Scuola/Istituto:

Al Dirigente Scolastico

Data, _____

OGGETTO: RICHIESTA ORE DI RECUPERO

Il/lasottoscritto/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
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
