

OGGETTO: richiesta GIORNO DI RECUPERO

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso questo istituto in qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. di potersi assentare dal servizio per effettuare n. ____ ore di recupero

dal _____ al _____ = gg. _____

dal _____ al _____ = gg. _____

dal _____ al _____ = gg. _____

dal _____ al _____ = gg. _____

dal _____ al _____ = gg. _____

dal _____ al _____ = gg. _____

Data _____

firma

Visto : Il D.S.G.A
(Dott. Andrea Costi)

Visto si concede: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Elena Viale)