



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Istituto Comprensivo
Pergine 1
Codice identificativo: 3170

Al Dirigente Scolastico

Data, _____

OGGETTO: RICHIESTA ORE DI RECUPERO

Il sottoscritto _____ 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 |__|_|

IL /LA RICHIEDENTE

Per autorizzazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
- prof.ssa Daniela Fruet-