



Richiesta attivazione corsi di Recupero/Sostegno (IDEI)

a.s. 20__ / 20__

DOCENTE: _____

CLASSE _____ SEZ. _____ MATERIA : _____

Viste le delibere dei Consigli di classe, del Dipartimento Disciplinare e del Collegio Docenti;

CHIEDE

L'autorizzazione ad effettuare il corso di recupero/sostegno in orario extra-curricolare, per gli allievi nella seguente disciplina _____

Cognome Nome	Classe
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Per un totale di ore _____ Periodo dal _____ al _____

Indicare nel dettaglio la data	ORARIO	
LUNEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
MARTEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
MERCOLEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
GIOVEDI'	DALLE ORE	ALLE ORE
VENERDI'	DALLE ORE	ALLE ORE

La comunicazione è stata fatta alle famiglie con: lettera individuale/ sul diario/sul libretto scolastico

Torino, _____

il/ la Docente

Visto si Autorizza/Non si autorizza
Il Dirigente Scolastico Prof. D'ALESSANDRO
