



Struttura ISTITUTO COMPRENSIVO MORI
Dislocazione Via Giovanni XXIII, 64 – 38065 Mori

Cod. S 1 2 7

Al
Dirigente Scolastico
Sede

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

--	--	--	--

il giorno

--	--

--	--

--	--

 numero ore

--

 dalle ore

--	--	--	--

 alle ore

--	--	--	--

il giorno

--	--

--	--

--	--

 numero ore

--

 dalle ore

--	--	--	--

 alle ore

--	--	--	--

per un totale di ore

--	--

FIRMA DEL RICHIEDENTE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giovanni Kral
