

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 [ ][ ][ ]

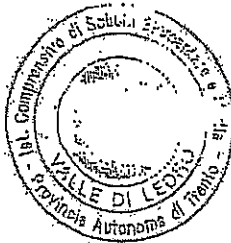
il giorno [ ][ ][ ][ ][ ] numero ore [ ] dalle ore [ ][ ][ ] alle ore [ ][ ][ ]

il giorno [ ][ ][ ][ ][ ] numero ore [ ] dalle ore [ ][ ][ ] alle ore [ ][ ][ ]

per un totale di ore [ ][ ]

FIRMA DEL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_



Per autorizzazione  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_