



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITÀ PTOF (CORSO/SPORTELLO)

Da inviare a protocollo@liceomajorana.edu.it

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a prof./ssa _____, sentito il parere del Consiglio di Classe,

CHIEDE

l'autorizzazione ad effettuare un CORSO uno SPORTELLO PROGETTO POF

per attività di RIALLINEAMENTO RECUPERO POTENZIAMENTO AMPLIAMENTO

relative all'AREA o DISCIPLINA _____

rivolto a un TOTALE di _____ STUDENTI della/e CLASSE/I _____

con INCONTRI da svolgersi dal ___ / ___ / _____ al ___ / ___ / _____

con CADENZA _____ nel/i GIORNO/I _____

secondo il CALENDARIO ALLEGATO

per COMPLESSIVE _____ **ORE** di TIPO: **A** (completamento cattedra) **A** (retribuite) **B**

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale modifica al calendario programmato, a tenere registro presenze su modulo DOC025 con indicazione delle attività o contenuti svolti e a relazionare i CdC coinvolti sull'andamento e i risultati rilevati.

Roma, ___ / ___ / _____

 firma del Docente

Allegati:

VISTO SI AUTORIZZA

Roma, ___ / ___ / _____

 firma del Dirigente Scolastico