AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Carmelo Scaffidi

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE CORSO

**APPROFONDIMENTO SOSTEGNO X RECUPERO HELP**

La sottoscritta \_\_\_\_Del Monte Livia\_\_\_\_\_\_ docente a tempo indeterminato, in servizio presso questo Istituto

CHIEDE

l’autorizzazione ad effettuare un corso di recupero:

* Classi \_\_\_2C-2D-2E-2Apro-4C\_\_\_ per \_\_\_\_10\_\_\_ ore / materia \_matematica\_\_\_\_\_

Bergamo, \_18/06/18\_\_\_

IL DOCENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

=======================================================================

Prot. N.\_\_\_\_\_/C1

Bergamo, \_\_\_18/06/18\_\_\_\_\_ Alla Prof.ssa\_ Livia Del Monte \_\_

**OGGETTO:** conferimento incarico l. 352/1995

***IL DIRIGENTE SCOLASTICO***

***CONFERISCE***

l’incarico di svolgere N. \_10\_\_ ore di lezione nelle classi: \_2C-2D-2E-2Apro-4C per l’insegnamento di: matematica.

Il predetto incarico dovrà essere svolto nei locali dell’Istituto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Carmelo Scaffidi