AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Carmelo Scaffidi

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE CORSO

**APPROFONDIMENTO SOSTEGNO X RECUPERO HELP**

La sottoscritta \_\_\_\_Greco Marianna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente a tempo determinato , in servizio presso questo Istituto

CHIEDE

l’autorizzazione ad effettuare un corso di recupero:

* Classi \_\_\_2A-2E-2Apro-2Bpro-3B-3C-3D-3F\_\_\_ per \_\_\_\_20\_\_\_ ore / materia \_chimica\_\_\_\_\_\_\_\_

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

IL DOCENTE

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

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

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

Bergamo, \_\_\_18/06/18\_\_\_\_\_ Alla Prof.ssa\_ Greco Marianna \_\_

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

***IL DIRIGENTE SCOLASTICO***

***CONFERISCE***

l’incarico di svolgere N. \_20\_\_ ore di lezione nelle classi: \_2A-2E-2Apro-2Bpro-3B-3C-3D-3F per l’insegnamento di: chimica.

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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Carmelo Scaffidi