



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura
Dislocazione

LICEO "Fabio Filzi"
ROVERETO

Data, _____

OGGETTO: RICHIESTA ORE DI RECUPERO / SALDO ATTIVOIl sottoscritto _____ matr. **chiede**☐ **ORE DI RECUPERO:**il giorno dalle ore alle ore numero ore il giorno dalle ore alle ore numero ore il giorno dalle ore alle ore numero ore per un totale di ore ☐ **RECUPERO SALDO ATTIVO:**il giorno dalle ore alle ore per ore/min. il giorno dalle ore alle ore per ore/min. il giorno dalle ore alle ore per ore/min.

Firma del richiedente

Visto Il Responsabile amministrativo scolastico

Firma della Dirigente scolastica
- Norma Borgogno -
