ISTITUTO COMPRENSIVO "C.so MATTEOTTI"
C.so Matteotti, 54 48011 ALFONSINE
Telefono: 0544 81290 ❖ Fax: 0544 80641
E-mail: icalfonsine@racine.ra.it

P. O. F. Anno Scolastico 200__/0__

PRESTAZIONE ORE ESPERTO _____
Cognome e Nome

PROGETTO: P_____ _____
Cod. Titolo

ATTIVITÀ _____

SCUOLA *DELL'INFANZIA - PRIMARIA – SECONDARIA DI I GR.* _____

CLASSE _____ SEZIONE _____

DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE	FIRMA ESPERTO	FIRMA DOCENTE DI CLASSE
TOTALE ORE					

Si dichiarano effettivamente svolte le attività sopra indicate.

Data_____ _____
Firma docente responsabile attività progettuale