ISTITUTO COMPRENSIVO "C.soMATTEOTTI"
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__

DICHIARAZIONE ORE INCONTRI CON ÉQUIPE DOCENTE _____

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

ALUNNO (iniziali Cogn./Nome) CLASSE/PLESSO	DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	TOT. ORE

Si dichiarano effettivamente svolte le ore indicate.

Data_____ _____
Firma docente

Da consegnare in Segreteria al termine dell'anno scolastico