

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__

DICHIARAZIONE ORE INCONTRI CON ÉQUIPE DEL GIORNO _____

ALUNNO (iniziali Cogn./Nome) CLASSE/PLESSO	DOCENTE Cognome e nome	DALLE ORE	ALLE ORE	TOT. ORE	FIRMA DOCENTE

Si dichiarano effettivamente svolte le ore indicate.

Data _____

_____ Firma docente incaricato di Funzione Strumentale