

ANNO SCOLASTICO 200__/200__ **DOMANDA DI ATTIVAZIONE CORSO I.D.E.I.****DEBITO FORMATIVO** **CARENZE ANNO SCOLASTICO IN CORSO**

Il/La sottoscritto/a _____ Insegnante della materia

_____ presso codesta Scuola CHIEDE di poter effettuare n° _____ ore

di corso di recupero per la materia _____ nelle classi _____

Gli studenti che partecipano al presente intervento didattico sono i seguenti:

N.	COGNOME E NOME (IN STAMPATELLO)	CLASSE	FIRMA ALUNNI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Alla prima lezione in cui dovessero essere assenti tutti gli alunni, a meno di oggettivi motivi di forza maggiore, il presente corso sarà interrotto.

Lanciano, _____ Firma dell'insegnante _____

Firma dei Coordinatori delle classi partecipanti: _____
