

## SPORTELLO PER IL RECUPERO DELLE CARENZE

### SCHEMA ALUNNO

ALUNNO \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_

DISCIPLINA \_\_\_\_\_

DOCENTE TITOLARE DELLA DISCIPLINA \_\_\_\_\_

| ARGOMENTO | DATA | FIRMA DOCENTE SPORTELLO |
|-----------|------|-------------------------|
|           |      |                         |
|           |      |                         |
|           |      |                         |
|           |      |                         |
|           |      |                         |

### MODULO DI PRENOTAZIONE SPORTELLO DIDATTICO PER IL RECUPERO DELLE CARENZE

Il/la sottoscritto/ \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che il proprio figlio/a frequenterà

lo sportello didattico per il recupero delle carenze, come indicato dal Consiglio di classe,

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nella seguente disciplina:

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del genitore/studente maggiorenne

\_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico  
Prof. Pasquale Gionta