



Al Dirigente Scolastico
ITS "E. Fermi"
ISERNIA

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa _____,
visti i risultati dello scrutinio del **I Trimestre** degli alunni della/e
classe/i _____ nella/e quale/i insegna,

CHIEDE

alla **S.V.** di poter svolgere i seguenti corsi di recupero e/o sportelli didattici:

CLASSE	N° alunni	Indicare Recupero o Sportello	Giorni	Dalle- alle	N° ORE
TOTALE ORE					

Data _____

Il Docente
