

ATTIVITA' PREVENZIONE INSUCCESSO SCOLASTICO E RECUPERO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T.A.S "C. GALLINI"
VOGHERA (PV)

Il/la sottoscritto/a _____,
genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
sezione _____ Indirizzo _____ articolazione _____

DICHIARA

di provvedere privatamente al recupero delle materie

non avvalendosi dei corsi organizzati dall'ITAS "Carlo Gallini", come deliberato dagli Organi Collegiali,

- durante il Secondo Quadrimestre in orario pomeridiano (Interventi di Recupero Strutturati - Studio Individuale Assistito)
- durante i mesi Giugno - Luglio

Data, _____

Firma/e _____

VISTO il docente responsabile dell'attività di "Prevenzione e Recupero"

Data, _____ Firma _____

Data, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Silvana Bassi