



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"
Viale Colombo n° 37 CAGLIARI
Tel.070/668805 Fax 070/655325 .Sito www.liceoalberti.it E-
mail:preside@www.liceoalberti.it

Prot. N° _____/_____
Del _____

Al Dirigente Scolastico
Liceo Scientifico "Alberti"
CAGLIARI

Oggetto : Dichiarazione di disponibilità per attività di recupero

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

In servizio nel corrente anno scolastico, presso codesto liceo in qualità di docente a T.I./T.D.

DICHIARA

- Di essere / non essere disponibile a svolgere attività di recupero nel mese di settembre
- Di desiderare per l'attuale anno scolastico il seguente giorno libero _____

Cagliari , li _____

firma

=====
=

RISERVATO ALL'UFFICIO

ANNOTAZIONI: _____

