

Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Circolare n. 177

Cagliari 02 febbraio 2023

Docenti
DSGA - personale ATA
sito web

Oggetto: Corsi di recupero - manifestazione disponibilità docenti interni

Al fine di avviare la programmazione delle attività per il recupero dei debiti scolastici che dovranno essere attivate a conclusione delle operazioni di valutazione del primo quadrimestre, si chiede ai Docenti di segnalare la loro disponibilità ad effettuare interventi di recupero nel periodo che va dalla seconda metà di febbraio fino alla prima metà di aprile compilando, entro il **10 febbraio**, l'apposito modello allegato alla presente circolare.

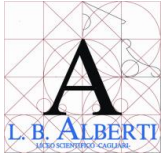
Il modello dovrà essere consegnato direttamente presso l'ufficio di vicepresidenza.



Il Dirigente Scolastico

Prof. Roberto Bernardini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c. 2, D. Lgs n. 39/1993



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue
orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325
Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847
Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335
Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it
Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Disponibilità ad effettuare corsi di recupero.

Il/la sottoscritto/a

Docente di, in servizio a tempo indeterminato/determinato presso questo Liceo

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ

ad effettuare corsi di recupero a conclusione del primo quadrimestre per la/e seguente/i

discipline/e:

1.

2.

Firma

Cagliari,