

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Classico- Artistico  
"G. Govone"  
Alba

**Attività di sportello didattico**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ docente di \_\_\_\_\_

Chiede di svolgere l'attività di sportello didattico

Con gli alunni :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ( totale ore \_\_\_\_\_ )

Alba, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Visto, si autorizza  
Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_