

Programma Svolto:

Lined area for writing the program completed.



Sito Internet: www.iisvaldagno.it
E-Mail: viis022004@istruzione.it
E-Mail Certificata: viis022004@pec.istruzione.it



REGISTRO PER

- CORSI DI RECUPERO
SPORTELLO
VERIFICHE
SIMULAZIONE PROVE ESAMI
ALTRO

Prof./Prof.ssa
Classe
Anno Scolastico

COGNOME E NOME ALUNNI	ASSENZE					VOTI			FIRME di presenza degli alunni
	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____				
	ore da ____ a ____	ore da ____ a ____	ore da ____ a ____	ore da ____ a ____	ore da ____ a ____				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									

LE SUDETTE ORE DEVONO ESSERE STATE PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATE DAL DIRIGENTE SCOLASTICO

A pagamento

In conto recupero

Da non pagare perché svolte contemporaneamente con la classe _____

Firma del docente
