|  |
| --- |
|  |

Alla/al Docente

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: autorizzazione effettuazione ore aggiuntive per recupero MATERIA:........................................**

* visto il progetto di Istituto per le attività di recupero e di potenziamento;
* vista la richiesta del/a docente in indirizzo;
* visto il verbale del Consiglio di classe interessato;
* accertata la copertura finanziaria;

**SI AUTORIZZA**

lo svolgimento dell’attività proposta per n. \_\_\_\_ ore per gli alunni della classe/i \_\_\_\_\_

La S.V. quindi:

* a inviare alle famiglie degli alunni comunicazione allegata
* a compilare l’apposito registro che consegnerà firmato al termine dell'attività per il rendiconto delle ore effettuate e la liquidazione del compenso

La S.V. riceverà un compenso orario pari a € 35,00 (lordo dipendente).

Ringraziando per la collaborazione si porgono distinti saluti.

La Dirigente Scolastica

*Maria Luisa Montagna*

*il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.L.gs. 82/2005 s.m.i e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*