Al Dirigente Scolastico

Del Liceo Scientifico “Leonardo da Vinci”

Vallo della Lucania

**Oggetto: Dichiarazione di disponibilità a effettuare le attività di recupero.**

Il/La sottoscritto/a ….…………………………………………………………………….………………………… Docente di ………………………………………………….., presso codesto istituto, abilitato/a in…………………………………………………….

DICHIARA

La propria disponibilità a effettuare corsi di recupero per:

🞎 MATEMATICA (classi prime e seconde)

🞎 MATEMATICA (classi terze e quarte)

🞎 SCIENZE (classi terze e quarte)

Dichiara di aver preso visione dell’avviso emanato e di attenersi a quanto in essa previsto.

Vallo della Lucania, lì

Firma……………………………………………………