



RICHIESTA UTILIZZO SPORTELLINO DI ASCOLTO

Il/La sottoscritto/a della classe Sezione

Ottenuta la preventiva approvazione del Docente nell'ora interessata (in ordine alla programmazione di verifiche e/o interrogazioni)

CHIEDE

conferma della possibilità di un colloquio il giorno:

- | | | | | |
|--------------------------------------|------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 dicembre | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 08 gennaio | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 15 gennaio | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 22 gennaio | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 05 febbraio | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 19 febbraio | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 05 marzo | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 19 marzo | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 02 aprile | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | <input type="checkbox"/> 11 - 12 |
| <input type="checkbox"/> 16 aprile | ore: | <input type="checkbox"/> 9 - 10 | <input type="checkbox"/> 10 - 11 | |

data.....

.....
(firma alunno)

tel. cell.

e-mail:

