**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DISPONIBILITÀ DOCENTE - SPORTELLO HELP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| La/il sottoscritta/o  |  |  | docente di |
|  |  |  |
|  |  |  |  |

DICHIARA

di essere disponibile a svolgere attività di sportello Help secondo le seguenti indicazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA DI INTERVENTO** |  |
| **DESTINATARI (Classi)** |  |
| **GIORNO** |  |
| **ORARIO** |  |

Conegliano,

FIRMA

SH DD-1