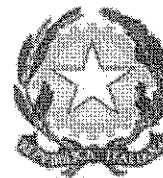
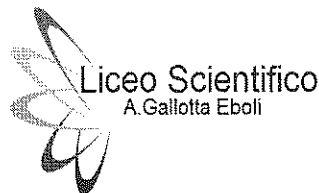




Unione europea
Fondo sociale europeo



LICEO SCIENTIFICO STATALE A.GALLOTTA
AUTONOMIA N. 60 VIA CADUTI DI BRUXELLES
84025 EBOLI (SA) - Tel. e Fax 0828 367503
C.F. 82003690656 - Cod. min. SAPS01000G
www.liceogallotta.gov.it - e mail: liceogallotta@virgilio.it

Prot. N. 3396 Del

Eboli, 14 giugno 2016

*A tutti i Docenti interessati
Agli alunni interessati
All'ALBO
AI SITO WEB-Albo
AI DSGA*

Oggetto: *Disponibilità corsi di recupero estivi*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

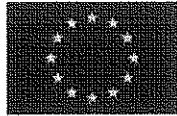
- VISTO il D.M. 80/2007;
- VISTA O.M. 92/2007;
- VISTO il numero degli alunni per i quali si è prevista la sospensione del giudizio;
- CONSIDERATE le discipline per le quali si è prevista la sospensione di cui sopra;
- CONSIDERATA la delibera del C.D. del 14 giugno 2016 con cui si è stabilito di attivare corsi di matematica - inglese - latino per il primo biennio, matematica- inglese-italiano-scienze-fisica;
- CONSIDERATO la calendarizzazione dei corsi che è stabilita per l'arco temporale 24 giugno - 16 luglio 2016;
- CONSIDERATO che detti corsi , con durata rispettivamente di: 20 ore per contenimento della spesa potranno essere sviluppati per classi parallele,

SI CHIEDE

Alle SS.LL. di dichiarare la propria disponibilità alla realizzazione dei corsi relativi alla disciplina d'insegnamento entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 18 giugno c.a.

*Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Anna Gina Mupo*

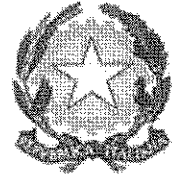
In allegato: modello per dichiarazione disponibilità ai corsi in oggetto, da consegnare all'Ufficio contabilità.



Unione europea
Fondo sociale europeo



Liceo Scientifico
A. Gallotta Eboli



LICEO SCIENTIFICO STATALE A.GALLOTTA
AUTONOMIA N. 60 VIA CADUTI DI BRUXELLES
84025 EBOLI (SA) - Tel. e Fax 0828 367503
C.F. 82003690656 - Cod. min. SAPS01000G
www.liceogallotta.gov.it - e mail: liceogallotta@virgilio.it

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Scientifico "A.Gallotta"
EBOLI

Oggetto : Dichiarazione di disponibilità per i corsi di recupero estivi (D.M. 80/2007 e successiva O.M. 92 /2007).

___I___ sottoscritt___ Prof./ssa _____

Docente di _____ in servizio presso codesto Istituto , in riferimento all'organizzazione dell'azione di recupero programmata per il corrente a.s.

DICHIARA

La propria disponibilità per i seguenti corsi di recupero per i quali è in possesso di abilitazione:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Eboli, _____

Prof./ssa

Il Dirigente Scolastico