



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
LICEO GINNASIO STATALE "P.A. GUGLIELMOTTI"**

Via dell' Immacolata, 47 - 00053 CIVITAVECCHIA  
Tel. 076623256 - Fax 0766500028 - E.Mail: rmpc16000v@istruzione.it  
Distr. N.29 - RMPC16000V

Civitavecchia, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto di Istruzione Superiore  
"VIA DELL'IMMACOLATA 47" di Civitavecchia*

**Oggetto: DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' DOCENTI AD EFFETTUARE CORSI DI RECUPERO a. s. 20.... - 20.....**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

docente di \_\_\_\_\_

presso codesto Istituto nelle classi \_\_\_\_\_

dichiara la propria disponibilità ad effettuare CORSI DI RECUPERO per la/e disciplina/e:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Nel seguente periodo:

- TRIMESTRE
- PENTAMESTRE

FIRMA

\_\_\_\_\_