

PLESSO _____

Responsabile di plesso _____

Anno Scolastico 2024/ 2025

REGISTRO PER IL RECUPERO DEI PERMESSI BREVI

PLESSO _____

GIORNO E ORARIO DEL PERMESSO	DOCENTE CHE HA FRUITO DEL PERMESSO	CLASSE	GIORNO E ORARIO DEL RECUPERO	CLASSE NELLA QUALE EFFETTUA RECUPERO	FIRMA DEL DOCENTE PER ACCETTAZIONE DELLA SOSTITUZIONE	FIRMA RESP. DI PLESSO
Giorno_____ dalle _____ alle _____			Giorno_____ dalle _____ alle _____		Accetto di sostituire nel giorno e nell'orario indicato. _____	
Giorno_____ dalle _____ alle _____			Giorno_____ dalle _____ alle _____		Accetto di sostituire nel giorno e nell'orario indicato. _____	
Giorno_____ dalle _____ alle _____			Giorno_____ dalle _____ alle _____		Accetto di sostituire nel giorno e nell'orario indicato. _____	
Giorno_____ dalle _____ alle _____			Giorno_____ dalle _____ alle _____		Accetto di sostituire nel giorno e nell'orario indicato. _____	
Giorno_____ dalle _____ alle _____			Giorno_____ dalle _____ alle _____		Accetto di sostituire nel giorno e nell'orario indicato. _____	

INOLTRATO IN SEGRETERIA PER IL CONTEGGIO DELLE ORE RELATIVE AL PERMESSO BREVE IN DATA _____

Visto il Dirigente scolastico
