

PLESSO: **Classe** **a.s.**.....

Attività aggiuntive di non insegnamento - Alunni diversamente abili
(da compilare solo per le attività svolte oltre l'orario di servizio)

Docente di sostegno e/o della classe	Data	Orario*	Incontri con equipe/ specialisti	Tot. h
Docente:..... Firma				
Docente:..... Firma				
Docente:..... Firma				

* solo se in orario extrascolastico

da restituire al referente di plesso DVA entro il 30 maggio ed in segreteria Ufficio del Personale entro e non oltre il 31 maggio

Data,

Firma dei docenti interessati