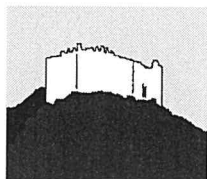




Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI ASOLO

(scuola infanzia-primaria-secondaria di 1° grado per i comuni di ASOLO – CASTELCUCCO – MONFUMO)
Via Forestuzzo, 65 - 31011 ASOLO (Treviso) Cod. Fiscale 83005890260 -- Codice Meccanografico TVIC830006
☎ n. 0423/952700 📠 n. 0423/952102 E-mail: tvic83000q@istruzione.it -- Sito Web: www.icasolo.edu.it

Prot. 0264/C27
Circ. 208

Asolo, 26/01/2021

Ai genitori e agli alunni della classe 2[^]C-2[^]D
della Scuola Secondaria di I grado di Asolo
e p.c. ai docenti e al personale ATA

OGGETTO: corso di recupero di matematica.

Gli alunni individuati sono invitati a partecipare al corso di recupero di matematica tenuto dal prof. Mariano Alberton secondo il seguente calendario:

- Lunedì 1 febbraio dalle 14.25 alle 15.25;
- Mercoledì 3 febbraio dalle 14.25 alle 15.25;
- Lunedì 8 febbraio dalle 14.25 alle 15.25;
- Mercoledì 10 febbraio dalle 14.25 alle 15.25;
- Lunedì 22 febbraio dalle 14.25 alle 15.25;
- Mercoledì 24 febbraio dalle 14.25 alle 15.25;
- Lunedì 1 marzo dalle 14.25 alle 15.25;
- Mercoledì 3 marzo dalle 14.25 alle 15.25;
- Lunedì 8 marzo dalle 14.25 alle 15.25;
- Mercoledì 10 marzo dalle 14.25 alle 15.25.

La partecipazione al corso, facoltativa e gratuita, prevede che lo studente si fermi in mensa per la pausa pranzo, sorvegliato dal prof. Alberton il lunedì e dal prof. Pasqualetto il mercoledì.

Si raccomanda caldamente la partecipazione al corso di recupero, al fine di ovviare alle carenze emerse nel primo periodo dell'anno scolastico in corso.

Per l'adesione al corso Vi preghiamo di compilare il tagliando in calce e di consegnarlo entro il giorno 27 gennaio 2021 al prof. Mariano Alberton.



Il Dirigente Scolastico
Prof. Marco Campini

PROTOCOLLO n. 0264/C27 TAGLIANDO DA RESTITUIRE ENTRO IL GIORNO 27/01/2021 ALL'INSEGNANTE ALBERTON

Il sottoscritto genitore dell'alunno/a _____ classe _____ della scuola Secondaria di Asolo

Autorizza sì no

il /la propria figlio/a a partecipare al **corso di recupero** secondo le modalità sopra riportate.

Data _____ firma _____