MOD. 15 / DOC / OR / 02

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI LAVAGNA

RIUNIONE STRAORDINARIA DEL: _____

CONVOCATA DA: _____ dalle ore _____ alle _____

O.D.G. / OGGETTO:	

COGNOME E NOME	FIRMA	QUALIFICA (Docente o ATA) (T.I. / T.D.)	IN ORARIO DI SERVIZIO (si / no)	RECUPERO ORARIO (si / no)	ACCESSO AL FONDO D'ISTITUTO (si / no)	NOTE

Visto: IL COORDINATORE DELLA RIUNIONE: _____ Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____

N.B. il presente foglio, una volta compilato, va consegnato al Dirigente Scolastico

05.10.2009