

Istituto d'Istruzione Superiore Faicchio con sede coordinata di Castelvenere

REGISTRO

Assistente specialistico

CLASSE/SEZIONE..... SCUOLA.....

a.s. 202___/202___

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Maria Ester Riccitelli)

SCUOLA _____ PLESSO _____

MESE DI.....

N.	COGNOME	NOME	DATA	Dalle ore	Alle ore	ATTIVITÀ SVOLTA	FIRMA dell'Assistente Specialistico	FIRMA del Docente di Sostegno o Curriculare
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9.								
N.	COGNOME	NOME	DATA	Dalle ore	Alle ore	ATTIVITÀ SVOLTA	FIRMA dell'Assistente SP	FIRMA del Docente di Sostegno e/o curriculare

10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								

FIRMA