



Municipio Roma III Montesacro
 Direzione Socio Educativa
 Ufficio Disabilità Scolastica

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO _____

TOTALE ORE MENSILI _____

FIRMA DELLA POSES (scuole infanzia capitoline) _____

I dati riportati nel presente foglio firma sono tutelati dalla vigente normativa sulla privacy

DESCRIZIONE ATTIVITA' SVOLTA			
	ALUNNO	ALUNNO	ALUNNO
N. 1 ORA INDIRETTA			
N. 2 ORA INDIRETTA			
N. 3 ORA INDIRETTA			
N. 4 ORA INDIRETTA			
TOTALE ORE EROGATE (comprensivo di ore indirette):			
ORE DI RISERVA DI WELFARE:			

LEGENDA ATTIVITA' ORE INDIRETTA:

A – GLO/GLI

B – LAVORO DI RETE INTERNO ALL'ISTITUTO

C – PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI

FIRMA DEL COORDINATORE DELL'ORGANISMO _____