



MODULISTICA DOCENTI

MOD. DOC. 16

ORARIO DI RICEVIMENTO

Dolo, lì _____

Al Dirigente Scolastico dell'I.P. Cesare Musatti

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

COMUNICA

che l'ora riservata al colloquio settimanale con i genitori è il seguente:

giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ previo appuntamento
che il genitore richiederà attraverso il registro elettronico.

Il Sottoscritto è consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Firma _____

1) Prot. n. _____ del _____

2) ☐ VISTO IL DIRETTORE SS.GG.AA

☐ VISTO IL VICARIO

3) ☐ SI AUTORIZZA

☐ NON SI AUTORIZZA per le seguenti motivazioni:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Enrico Santini