

## Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: [www.liceoalberti.it](http://www.liceoalberti.it) - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Circolare n. 385

Cagliari, 09 giugno 2022

Docenti

Studenti - famiglie

DSGA- Personale ATA

sito WEB

**Oggetto: Corsi di recupero- manifestazione disponibilità docenti interni.**

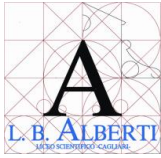
Al fine di avviare la programmazione delle attività per il recupero dei debiti scolastici che dovranno essere attivate a conclusione delle operazioni di valutazione del secondo quadrimestre, si chiede ai Docenti di segnalare la loro disponibilità ad effettuare interventi di recupero nel periodo che va dall'ultima settimana di giugno fino alla prima metà di luglio compilando, entro il **16 giugno 2022**, l'apposito modello allegato alla presente circolare. Il modello dovrà essere consegnato direttamente presso l'ufficio di vicepresidenza.



Il Dirigente Scolastico

**Prof. Roberto Bernardini**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi  
e per gli effetti dell'art.3, c. 2, D. Lgs n. 39/1993*



Liceo Scientifico Statale  
"Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 392.6724335

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Al Dirigente Scolastico

**Oggetto: Disponibilità ad effettuare corsi di recupero.**

a **Il/la sottoscritto/a**

.....

Docente di ....., in servizio a tempo indeterminato/determinato presso questo Liceo

**DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ**

ad effettuare corsi di recupero a conclusione dello scrutinio di fine anno scolastico per la/e seguente/i

discipline/e:

2. ....

3. ....

Firma .....

Cagliari, .....