

Al Dirigente Scolastico
dell'ISIS Magrini Marchetti
S E D E

Il/la sottoscritto/astudente/ssa di cl. /

CHIEDE

di poter effettuare attività di peer tutoring per la materia

il giorno dalle ore alle ore con gli studenti di seguito elencati:

Cognome e Nome	classe

i quali hanno depositato presso l'Ufficio Studenti l'autorizzazione dei genitori in tal senso.

La sorveglianza sarà assicurata dal prof.

Distinti saluti.

.....
(firma)

Gemona del Friuli,

SI AUTORIZZA / NON SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Marco Tommasi

ATTIVITA' DI PEER TUTORING

(modulo da riconsegnare in Ufficio Studenti al termine dell'attività)

STUDENTE (cognome e nome)	CLASSE	DATA	DALLE ORE / ALLE ORE	MATERIA	FIRMA

TUTOR (cognome, nome, classe):

FIRMA DEL TUTOR

.....