



Allegato n.3

RICHIESTA UTILIZZO SPORTELLO DI ASCOLTO

Il/La sottoscritto/a _____ della classe _____
Sezione _____ Ottenuta la preventiva approvazione del Docente nell'ora interessata (in
ordine alla programmazione di verifiche e/o interrogazioni)

C H I E D E

conferma della possibilità di un colloquio il giorno:

3 ottobre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

9 ottobre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

16 ottobre: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

23 ottobre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

30 ottobre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

6 novembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

13 novembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

20 novembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

27 novembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

4 dicembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

11 dicembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

18 dicembre ore: 9,00 - 9,45 9,45 - 10,30 10,30 - 11,15 11,15 - 12,00

Data _____ (firma studente)

indirizzo mail _____ telefono: _____

N.B.: la dottoressa provvederà a contattare gli utenti tramite e-mail. Solo nel caso in cui gli utenti ne fossero sprovvisti, procederà a contattarli tramite telefonata.