



COLLABORAZIONE

MANIFESTAZIONE: _____ c/o _____

Prof. _____

Classi: _____

Propria	Altrui
---------	--------

Orario abituale di servizio durante la collaborazione:

Giorno _____ Data _____ Dalle ore _____ Alle ore _____ Tot. _____

Giorno _____ Data _____ Dalle ore _____ Alle ore _____ Tot. _____

Giorno _____ Data _____ Dalle ore _____ Alle ore _____ Tot. _____

Orario effettivo di servizio durante la collaborazione:

Giorno _____ Data _____ Dalle ore _____ Alle ore _____ Tot. _____

Giorno _____ Data _____ Dalle ore _____ Alle ore _____ Tot. _____

Giorno _____ Data _____ Dalle ore _____ Alle ore _____ Tot. _____

Breve relazione del docente o assistente tecnico _____

Collaborazione del personale

Ottima	Buona	Soddisfac.	Scarsa	mediocre
--------	-------	------------	--------	----------

Attrezzature idonee e funzionanti

SI	NO	Abbastanza
----	----	------------

Disagi location

Molti	Pochi	Nessuno
-------	-------	---------

Rapporti con il richiedente la collaborazione

Ottimo	Buono	Soddisfac.	Mediocre	Problematico
--------	-------	------------	----------	--------------

L'interessato/a

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF.SSA Roberta Galassi