

OGGETTO: DESIDERATA ORARIO LEZIONI DOCENTI

___ I ___ sottoscritt___
docente presso questo Istituto esprime i seguenti desiderata riguardo il proprio orario di lezione settimanale per l'anno scolastico _____:

1. GIORNO LIBERO: (*spuntare il giorno prescelto*)

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
<i>1° opzione</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>2° opzione</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **PRIMO MODULO:** SI NO

3. **ULTIMO MODULO:** SI NO

4. **Altri e/o note:**

Parma, _____

(firma)