PIANO FORMAZIONE _AMBITO 21

TIME-SHEET ASSISTENTE AMM_VO
SEDE DEL CORSO- _____ U.F._____

n.	DATA	ORA E.	ORA U.	TOT.	ATTIVITA' SVOLTA
	TOTALE ORE				

I_ sottoscritt _____ , Dirigente Scolastico del_____
ai sensi dell' art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 , dichiara che l'assistente amm_vo_____
Sig. _____ _____ha svolto regolarmente le ore sopra indicate (h),come risulta dai registri agli atti della scuola.

Il Dirigente Solastico