

ISTRUZIONE DOMICILIARE REGISTRO ATTIVITÀ SVOLTE

Istituto _____

Docente

Disciplina _____

Allievo/a _____

Monte ore previsto (come da nomina del Dirigente scolastico) _____

Ore effettivamente svolte _____

Il Docente

Il Dirigente scolastico

Per le lezioni in presenza presso il domicilio

DATA	ORE (dalle - ore)		n. ore	DISCIPLINA	ARGOMENTI SVOLTI VERIFICHE	GENITORE (FIRMA)
TOTALE ORE						

Per le lezioni svolte via skype o con altre modalità di videoconferenza

DATA	ORE (dalle - ore)		n. ore	DISCIPLINA	ARGOMENTI SVOLTI VERIFICHE
TOTALE ORE					