

**ISTITUTO COMPRENSIVO
"Severino Fabriani"
SPILAMBERTO (MO)**



Scuola dell'Infanzia "Don Bondi" Spilamberto - Scuola dell'Infanzia "G. Rodari" S.Vito
Scuola Primaria "G. Marconi" Spilamberto - Scuola Primaria "C. Trenti" S.Vito
Scuola Secondaria di 1° grado "S. Fabriani" Spilamberto
Viale Marconi, 6 - 41057 SPILAMBERTO (MODENA)

Tel. 059 - 784188 Fax 059-783463 - Codice Fiscale 80010130369

E-mail: moic81800t@istruzione.it PEC: moic81800t@pec.istruzione.it sito web: www.icfabriani.edu.it

Comunicazione n. 508

Spilamberto, 13 maggio 2019

- **Ai docenti:**

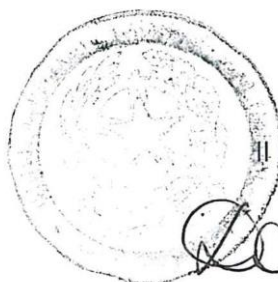
- Barani Francesca
- Bertarelli Maria Grazia
- Bertarini Silvia
- Giusti Sabrina
- Grazia Maria Pia
- Mancini Patrizia
- Manzini Antonella
- Mascia Maria Virginia
- Moscati Elisa
- Natalini Silvia
- Protopapa Santa
- Revegla Filomena
- Salvaggio Giuseppina

- Alla D.S.G.A.

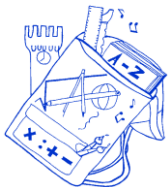
OGGETTO: Progetto "Laboratorio di recupero post screening DSA" scuola primaria a.s. 2018/19 - rendicontazione finale

Si invitano i docenti in indirizzo a compilare il modello allegato relativo all'attività in oggetto con l'indicazione delle ore effettivamente svolte nel corrente anno scolastico.

Tale modello dovrà essere consegnata all'Assistente Amministrativa Roberta Paioli entro e non oltre **sabato 8 giugno 2019** (solo così si potrà procedere al pagamento nel più breve tempo possibile).



Il Dirigente Scolastico
Daniele Barca



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"Severino Fabriani"
SPILAMBERTO (MO)**



Scuola dell'Infanzia "Don Bondi" Spilamberto - Scuola dell'Infanzia "G. Rodari" S.Vito
Scuola Primaria "G. Marconi" Spilamberto - Scuola Primaria "C. Trenti" S.Vito
Scuola Secondaria di 1° grado "S. Fabriani" Spilamberto
Viale Marconi, 6 – 41057 SPILAMBERTO (MODENA)

Tel. 059 - 784188 Fax 059-783463 - Codice Fiscale 80010130369
E-mail: moic81800t@istruzione.it PEC: moic81800t@pec.istruzione.it sito web: www.icfabriani.edu.it

ANNO SCOLASTICO 2018/19
Iniziative di ampliamento dell'offerta formativa

(modello per il conteggio delle ore effettivamente svolte e la registrazione dell'attività)

**TITOLO INIZIATIVA: LABORATORIO DI RECUPERO LETTO-SCRITTURA
(post-screening DSA)**

INSEGNANTE _____

Totale ore previste di preparazione previste _____

Totale ore di lezioni previste periodo febbraio/maggio _____

ORE EFFETTIVAMENTE SVOLTE			
data	dalle ore	alle ore	DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' SVOLTA

Spilamberto, _____

Firma dell'insegnante
