



*Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

	Istituto Comprensivo "Via F. Laparelli, 60"	00176 ROMA- Via Laparelli 60 XIV Distretto tel. 0624419571, 0624402590 fax 0624411119 codice meccanografico: <i>rmic8ck00b</i> e-mail: <i>rmic8ck00b@istruzione.it</i>	
--	--	---	---

Roma, 04/11/2024

Alle famiglie
Ai docenti
plesso Sestio Menas

Circolare N.51

Oggetto: sportello didattico di matematica

Si comunica alle SS.LL. in indirizzo che dal **7 novembre** sarà attivo lo sportello didattico di matematica (progetto approvato nella seduta del collegio docenti del 30/10/2024).

Il progetto è rivolto agli alunni di prima e seconda e nel secondo quadrimestre anche agli alunni di terza del plesso Sestio Menas.

I docenti di matematica individueranno 4/5 alunni per classe che necessitano di supporto e recupero in matematica e comunicheranno alla docente responsabile del progetto (prof.ssa Di Blasio Adelaide) i nominativi. Ai suddetti alunni verrà consegnata un'autorizzazione da riportare firmata **entro il 6 novembre**.

Il DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Marilena Pera

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co.2, D.lgs.39/93)

MODULO AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE PER LA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo Sportello Didattico di matematica che si terrà nel plesso di via Sestio Menas con la docente DI BLASIO ADELAIDE dalle ore 9,00 alle ore 10,00 nei giorni indicati nel calendario allegato

Data _____ Firma _____

MODULO AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE PER LA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo Sportello Didattico di matematica che si terrà nel plesso di via Sestio Menas con la docente DI BLASIO ADELAIDE dalle ore 9,00 alle ore 10,00 nei giorni indicati nel calendario allegato

Data _____ Firma _____

MODULO AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE PER LA PARTECIPAZIONE ALLO SPORTELLO

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare allo Sportello Didattico di matematica che si terrà nel plesso di via Sestio Menas con la docente DI BLASIO ADELAIDE dalle ore 9,00 alle ore 10,00 nei giorni indicati nel calendario allegato

Data _____ Firma _____

Calendario sportello di matematica		
Mese	Giorno	Orario
Novembre	Giovedì 7	9,00 – 10,00
	Martedì 12	
	Mercoledì 20	
	Lunedì 25	
Dicembre	Giovedì 5	
	Martedì 10	
	Mercoledì 18	
Gennaio	Lunedì 13	
	Martedì	
	Mercoledì 29	
Febbraio	Lunedì 3	
	Martedì 11	
	Mercoledì 19	
	Giovedì 27	
Marzo	Lunedì 3	
	Martedì 11	
	Mercoledì 19	
	Giovedì 27	
	Lunedì 31	
Aprile	Giovedì 3	
	Mercoledì 9	
	Lunedì 14	
	Martedì 29	
Maggio	Lunedì 5	
	Martedì 13	