

	Istituto d'Istruzione Superiore "P.A. Fiocchi"	
	MODULO	MO 05.05
RICHIESTA UTILIZZO SPAZI	Ed.4 Rev.3 Data 25/01/17	Pagina 1 di 1

Data:

Al Responsabile U.T.
I.I.S. "P.A. FIOCCHI"
LECCO

__ I __ sottoscritt__ _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

CHIEDE

di poter utilizzare _____

- | | | |
|--------------------|-----------------|----------------|
| 1) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 2) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 3) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 4) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 5) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 6) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 7) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 8) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| 9) il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |

per la seguente attività: _____ sulla/e
classe/i _____

Strumentazione richiesta: _____

Presenza di Assistente Tecnico SI NO

Richiedente: _____

N.B. La richiesta deve essere inoltrata almeno 5 giorni lavorativi prima dell'utilizzo degli spazi.

Visto SI AUTORIZZA SI NO

Il Responsabile U.T.
