

ISTITUTO: \_\_\_\_\_

UTENTE: \_\_\_\_\_ ASACOM: \_\_\_\_\_

MESE: \_\_\_\_\_ ORE SETTIMANALI ASSEGNATE: \_\_\_\_\_

PRIMA SETTIMANA

DATA	ATTIVITA' SVOLTE	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	TOT ORE
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	TOTALE ORE SETTIMANALI			

SECONDA SETTIMANA

DATA	ATTIVITA' SVOLTE	ORARIO INIZIO	ORARIO FINE	TOT ORE
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	





Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di docente di sostegno coinvolto nel PEI

dell'utente \_\_\_\_\_, attesta il regolare svolgimento della didattica a distanza delle attività sopra descritte.

A tal fine dichiara che sono stati utilizzati i seguenti strumenti e le seguenti modalità per garantire l'idoneo intervento ed il proficuo rapporto tra l'assistente ASACOM e l'alunno:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del docente \_\_\_\_\_

Timbro dell'Istituto

Visto:

**(LUOGO E DATA)**

\_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_ "