



**PROSPETTO DELLE ATTIVITÀ DI AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA FORMATIVA
SCUOLA PRIMARIA STATALE DI**

ANNO SCOLASTICO

CLASSI	ATTIVITÀ	GESTIONE ⁽¹⁾	PERIODO	N° ORE

(1) Docenti di classe o enti/docenti esterni.

Data

Firma

.....