**MODULO PER IL RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI**

*Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti, firmato e inviato via mail in formato PDF (comprensivo di allegati) al docente Coordinatore di classe entro il 31/05/2021*

Al Dirigente Scolastico

Dell’I.S. Carlo Alberto Dalla Chiesa

Afragola

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, studente della classe:

* terza – indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* quarta – indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* quinta – indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi del D.P.R. n. 323/98 e successive modifiche, con la presente chiede al Consiglio di classe il riconoscimento dei seguenti **CREDITI FORMATIVI**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Descrizione dell’attività | Ente certificatore | Data di conseguimento del titolo | N° ore svolte |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

A tale scopo allega la seguente documentazione (in fotocopia):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Afragola, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dello/a studente/ssa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_