



**CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI**

**MATERA**

**Via Matarazzo - 75100 MATERA**

Cod. Ministeriale: MTMM107003

Pec: [mtmm107003@pec.istruzione.it](mailto:mtmm107003@pec.istruzione.it) e-mail: [mtmm107003@istruzione.it](mailto:mtmm107003@istruzione.it)

Tel.: 0835.264489 – Fax: 0835.264619 C.F.93057380771

**COMMISSIONE PER LA DEFINIZIONE DEL PATTO FORMATIVO**

Reg. Cert.N. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO  
DI  
RICONOSCIMENTO DEI CREDITI  
PER LA PERSONALIZZAZIONE DEL PERCORSO**

**RILASCIATO A**

Cognome:		Nome:		M F
Data di nascita:	Città di nascita:	Stato di nascita:	Cittadinanza:	
Residente in via:	Città di residenza/CAP:	Telefono fisso:	Telefono Cellulare:	
Indirizzo mail:	Tempo permanenza in Italia (se straniero):	Eventuale scuola di provenienza (indicare a. s. e classe):		

**LA COMMISSIONE**

Ai fini dell'iscrizione al .....livello ..... periodo didattico  
dell' Istituto .....

indirizzo: .....

opzione: .....

RICONOSCE I SEGUENTI CREDITI IN RELAZIONE ALLE COMPETENZE ATTESE IN ESITO AL PERIODO DIDATTICO DEL PERCORSO RICHiesto

COMPETENZE/DISCIPLINE RICONOSCIUTE COME CREDITI	QUOTE ORARIO	MODALITA' DI ACCERTAMENTO (colloquio, prova pratica, riscontro documentale, ....)
N. TOTALE ORE		

ATTRIBUISCE LE SEGUENTI INTEGRAZIONI

INTEGRAZIONI	.....LIVELLO.....PERIODO DIDATTICO

**La Commissione:**

\_\_\_\_\_

Il D. S. del C.P.I.A.

Il D. S. dell'Istituto

Firma dello studente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_