



CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI

MATERA

Via Matarazzo - 75100 MATERA

Cod. Ministeriale: MTMM107003

Pec: mtmm107003@pec.istruzione.it e-mail: 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 allivello 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

INTEGRAZIONILIVELLO.....PERIODO DIDATTICO

La Commissione:

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

Il D. S. dell'Istituto

Firma dello studente
