# DOMANDA RICONOSCIMENTO CREDITI FORMATIVI

Al Dirigente Scolastico

I.S. “G. Falcone”

GALLARATE

Il/La sottoscritto/a

alunno/a della classe sez. indirizzo visto il

D.M. n.49 del 24.02.2000 e il PTOF di Istituto relativo all’individuazione della tipologia di esperienze che danno luogo ai Crediti Formativi

# CHIEDE

il riconoscimento delle seguenti esperienze maturate come credito formativo:

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

Allega la seguente documentazione:



DATA

FIRMA