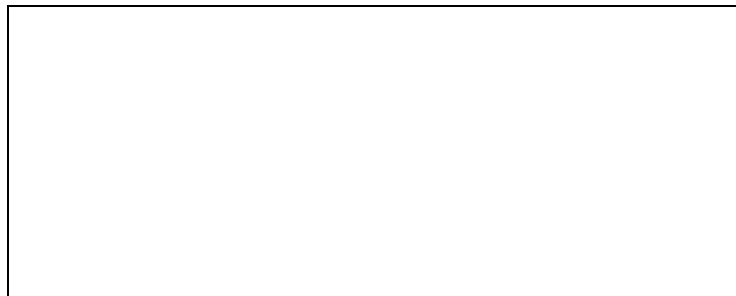


TIMBRO dell'Azienda / Ente / Associazione



Al Dirigente Scolastico
I.T.S.G. "Angelo Secchi"
Via Makallè 14
42100 Reggio Emilia

Oggetto: Crediti formativi

Alunno Cognome e Nome _____ Classe _____

Periodo in cui si è svolta l'attività: dal _____ al _____

Attività svolta _____

Valutazione delle capacità:

ottimo buono discreto sufficiente scarso

Comportamento

ottimo buono discreto sufficiente scarso

Interesse / Disponibilità

Giudizio

Data _____

_____ Timbro e firma Azienda / Ente / Associazione