

CERTIFICAZIONE CREDITI FORMATIVI

DATI RELATIVI AL CANDIDATO *(a cura del candidato)*

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO DI STUDI E CLASSE FREQUENTATA _____

DATI RELATIVI A ENTE/ASSOCIAZIONE/AZIENDA *(a cura dell'Ente/Associazione/Azienda)*

NOME _____

SEDE LEGALE _____

SEDE OPERATIVA _____

DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA MATURATA *(a cura dell'Ente/Associazione/Azienda)*

PERIODO: DA _____ A _____

ORARIO: _____

CADENZA *(settimanale/bimestrale/quotidiana /altro)* _____

MONTE ORE COMPLESSIVO _____

SINTETICA DESCRIZIONE DELL' ATTIVITA'

VALUTAZIONE

- 1 = ECCELLENTE
- 2 = OTTIMO
- 3 = BUONO
- 4 = DISCRETO
- 5 = SUFFICIENTE
- 6 = NON SUFFICIENTE

(esprimere per ciascuna voce la valutazione secondo la scala qui sopra)

- ASSIDUITA' NELLA FREQUENZA
- INTERESSE IMPEGNO DIMOSTRATI
- COOPERAZIONE /COLLABORAZIONI ATTIVATE
- COMPrensione LOGICHE DI LAVORO

Firma e timbro *(Ente/Associazione/Azienda)*
