****

**Anno scolastico 2019/20**

**SI ATTESTA**

**Che l’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Liceo Classico/Scientifico, classe \_\_\_\_\_\_\_**

**ha partecipato per complessive (numero) ore su un totale di (numero) ore al PROGETTO/CORSO di POTENZIAMENTO/CORSO di FLESSIBILITÀ**

**“NOME del CORSO”**

**SPAZIO PER LOGO**

**Durata Progetto/Corso: dal (data di inizio del corso) al (data di fine corso)**

**Il Dirigente Scolastico**

**Prof.ssa Concetta Rita Niro**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell’art.3 comma 2 del D. lgs n. 39/93

**Termoli, 15 maggio 2020**

**Il Referente del progetto**

*Prof.*