

***Movimento in 3s***

**Scheda certificazione attività svolta Esperto**

**a.s 2017/2018**

**1^ Fase Ottobre – Dicembre 2017**

**Nome Cognome Esperto**………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Istituto Comprensivo**……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Plesso Scolastico**(nome-indirizzo)…………………………………………………………………………….**Classe**............................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Ore***attività svolta* | **Firma insegnante di classe** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **TOT** |  |

Io Sottoscritto……………………………………………………..inqualità di Dirigente Scolastico conla presente attesto cheil/la Dott./Dott.ssa……………………………………………………….dal………………….al……………………..nel contestodel **Progetto Movimento in 3S** ha svolto totale numero di ore…………………… presso l’Istituto Comprensivo che rappresento.

Data,………………………………

 Firma

 ……………………………………….