

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.P.S.S.C.T. "N. GARRONE"
ALBANO LAZIALE
RM

AUTOCERTIFICAZIONE

__ l __ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ (__) il _____
frequentante la classe _____ presso questo Istituto,

DICHIARA

di aver partecipato ai seguenti corsi

1) _____

per n. ore _____ giorni _____

2) _____

per n. ore _____ giorni _____

3) _____

per n. ore _____ giorni _____

Albano Laziale, _____

Firma
