

**CENTRI PROVINCIALI D'ISTRUZIONE PER ADULTI
C.P.I.A.**

.....
(Tipologia e Denominazione Scuola)

- **A – Indirizzo sede principale C.P.I.A.:**

Cap. Città Prov.
N° Telefono/..... N°/..... E-Mail
(ministeriale)

Cod. Fiscale Istituto

| | | | | | | | | |
Codice Conto di Tesoreria

Dirigente Scolastico
(Cognome e Nome)

Direttore dei Servizi Gen. e Amm.vi
(Cognome e Nome)

- **B – Indirizzo dei punti di erogazione dei servizi con l'indicazione della relativa tipologia:**

1)Via.....N°... Città.....
(DENOMINAZIONE E TIPOLOGIA)

2)Via.....N°... Città.....
(DENOMINAZIONE E TIPOLOGIA)

3)Via.....N°... Città.....
(DENOMINAZIONE E TIPOLOGIA)

- **C – Numero Alunni iscritti nell'anno scolastico 2023/2024 distinti per sede e per punti di erogazione come riportato nella parte "B"**

EDIFICI	TIPOLOGIA (I)	N° Alunni	N° Classi (gruppi livelli)	N° Classi Terze (gruppi livello 1° periodo didattico)
Sede				
Punto di erogazione				
Punto di erogazione				
Punto di erogazione				
Punto di erogazione				
Punto di erogazione				
Punto di erogazione				

(I) **indicare se:** I° livello – I° periodo didattico, II° periodo didattico e alfabetizzazione

- **D – Numero Alunni diversamente abili iscritti nell'anno scolastico 2023/2024**

Alunni diversamente abili	N°
---------------------------	----

- **E – Indicare se la scuola ha corsi serali/scuole ospedaliere/scuole carcerarie**

corsi serali/scuole ospedaliere/scuole carcerarie	
---	--

Dichiara di non avere in corso procedimenti esecutivi a seguito atti di pignoramento.

Dichiara che i dati sopra riportati corrispondono a quelli risultanti dagli atti dell'Istituzione scolastica.

DATA

.....
FIRMA DEL DIRETTORE DEI SERVIZI GENERALI E AMM.VI

.....
FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO