Allegato 9 Richiesta esami Ente odt

Alla REGIONE CALABRIA
Dipartimento Presidenza
Settore 2 Formazione Professionale, Alta Formazione,
Accreditamenti e Servizi Ispettivi

Pec:

OGGETTO: RICHIESTA ESAMI-	ENTE CORSO CO	DECR	ETO DI AUTORIZZAZI	ONE N
Il/La sottoscritto/aresidente Viaqualità dide fiscale	in Il'Organismo	codice	fiscalecon sede	nella
nocare	•		,	
ai sensi e per gli effetti degli sanzioni penali, previste dall'a dichiarazioni mendaci, <u>la verid</u>	artt. 46 e 47 d art.76 D.P.R 28/	12/2000, n. 445 p	er le ipotesi di falsi	
	Cl	HIEDE		
LA COSTITUZIONE DELLA CON Denominazione corso Requisiti di accesso richiesti po				CATO:
				Tel.
		Via _		iei.
Ore complessive previste cors	o Ore svol	te		
Data di inizio corso Data	di ultimazione	corso		
Numero allievi inizio corso	Num	nero allievi fine cors	0	
Referente dell'O	rganismo	per	gli	esami
Tel.				e-mail

LE DATE PROPOSTE PER LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE D'ESAME SONO:

opzione	1 GG	Mese	Anno			
opzione	2 GG	Mese	Anno			
opzione	3 GG	Mese	Anno			
(non inferiore a 30 gg. dalla data di invio della richiesta)						
I DOCENTI DEL CORSO DESIGNATI PER L'ESAME SONO:						
1						
2		_				
Le coperture assicurative INAIL e Responsabilità Civile sono in corso di validità e garantiscono la copertura fino al termine di tutte le attività corsuali						
Si allega alla presente richiesta:						
1) l'elenco degli allievi ammessi all'esame;						
2) relazione sul progetto formativo realizzato;						
3)	riepilogo presenze allievi;					
4) verbale collegio docenti ammissione esami finali						
Luogo e data	1					
_uogo o uuto			Firms digitals dell'accle Decompositante			
			Firma digitale del Legale Rappresentante			
		o firma autografa corre validità	data da Documento di Identità in corso di			