

DAFORM

Dispositivo di Accreditamento delle Strutture Formative della Regione Marche

ALLEGATO I

RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO

Il sottoscritto

(cognome e nome) _____

(data e luogo di nascita) _____

(residenza anagrafica) _____

In qualità di legale rappresentante di:

(nome dell'agenzia formativa/istituzione scolastica o universitaria)

(indirizzo sede legale) _____

(codice fiscale) _____

(partita iva) _____

(telefono della sede legale) _____

(e-mail della sede legale) _____

richiede alla Regione Marche l'accREDITAMENTO della seguente sede operativa per la realizzazione degli Interventi assistiti con gli animali (IAA):

nome della sede operativa dell'agenzia formativa/istituzione scolastica o universitaria

indirizzo della sede operativa dell'agenzia formativa/istituzione scolastica o universitaria

Decreto di accREDITAMENTO per la macrotipologia Formazione Superiore N. _____ del _____

Decreto di accREDITAMENTO per la macrotipologia Formazione Continua N. _____ del _____

A tale riguardo allega la documentazione prevista dalla delibera n. 526 del 23/04/2018

Luogo e data

Il rappresentante legale
