DAFORM

Dispositivo di Accreditamento delle Strutture Formative della Regione Marche

ALLEGATO 2

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, al fine di svolgere attività di formazione e orientamento, l'accreditamento delle seguenti sedi operative:

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

_____

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

_____

indicazione delle macrotipologie formative per le quali è richiesto

Formazione Superiore + formazione per "Assistente di Studio Odontiatrico"

Formazione Continua + formazione per "Assistente di Studio Odontiatrico"

A tale riguardo allega la documentazione prevista dalle delibere n. 62/2001, n. 2164/2001, n. 1071/2005 e n. 1217/2018.

Luogo e data

_____

Il rappresentante legale

_____