DAFORM

Dispositivo di Accreditamento delle Strutture Formative della Regione Marche

ALLEGATO 1

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 di attività formative per "Assistente di Studio Odontoiatrico":

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. 1217 del 17/09/2018.

Luogo e data

_____

Il rappresentante legale

_____