DAFORM

Dispositivo di Accreditamento delle Strutture Formative della Regione Marche

ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO DI COLLABORAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA DOVE VIENE EFFETTUATA LA PARTE PRATICA

Il sottoscritto

*(cognome e nome)*_____

*(data e luogo di nascita)*_____

*(residenza anagrafica)*_____

In qualità di legale rappresentante di:

(nome della Struttura dove viene individuata l'aula di didattica ambulatoriale)

_____

*(indirizzo sede legale)*_____

*(codice fiscale)*_____

*(partita iva)*_____

*(telefono della sede legale)*_____

*(e-mail della sede legale)*_____

DICHIARA

di impegnarsi a prestare la propria collaborazione all'ente di formazione _____ dando la disponibilità ad ospitare nella suddetta Struttura gli allievi dei corsi di formazione "Assistente di Studio Odontoiatrico", contribuendo all'acquisizione delle competenze pratiche.

Luogo e data

_____

Il rappresentante legale

_____

Allegare documento di identità in corso di validità