

ATTESTATO DI FORMAZIONE Si.Tra.-QM

RILASCIATO A SEGUITO DEL SUPERAMENTO DELLA SESSIONE FORMATIVA E
DEL TEST DI VERIFICA EFFICACIA

Organizzazione che ha partecipato alla formazione (Codice.....)

RAGIONE SOCIALE:.....

SEDE LEGALE:.....

UTENTE INTERNO ALL'ORGANIZZAZIONE:

UTENTE ESTERNO ORGANIZZAZIONE * :

*Viene riportato nel caso in cui l'utente sia un tecnico esterno/consulente

Settore agroalimentare in cui opera l'Organizzazione (Codice....)

Indicare il settore come previsto dal disciplinare vigente approvato dalla Regione Marche

.....

Data di rilascio:

II DIRETTORE ASSAM

.....

Rev.1 del 12/09/2018

Elaborato da Coordinatore di Gestione NOS Ing. Raffaella Coen	Verificato da Responsabile NOS Dott. Fausto Ricci	Approvato da DIRETTORE ASSAM Dott. Lorenzo Bisogni
--	--	---