

# 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
--	--	---