

 UNIONE EUROPEA Fondo sociale europeo		 <b>MINISTERO DEL LAVORO          E DELLE POLITICHE SOCIALI</b> Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione	 REGIONE LAZIO
 <b>Provincia di Frosinone</b> <b>Settore Formazione Professionale</b>			

Marca da  
bollo

SOGGETTO ATTUATORE (*Logo e denominazione*)

**ATTESTATO  
 DI QUALIFICA PROFESSIONALE  
 TITOLO ATTIVITA' FORMATIVA**

N. REGISTRAZIONE.....

SI ATTESTA CHE ..... NAT... A ..... IL  
 ..... HA SUPERATO IN DATA ..... L'ESAME FINALE DEL CORSO PER .....  
 CODICE..... DELLA DURATA COMPLESSIVA DI ..... ORE ISTITUITO AI SENSI DEL (*indicare la normativa di  
 riferimento*)....., SVOLTO PRESSO.....  
 ..... VIA.....  
 CITTA'..... E COFINANZIATO DAL FONDO SOCIALE EUROPEO.

IL PRESENTE ATTESTATO È VALIDO AGLI EFFETTI PREVISTI DALL'ART. 14 DELLA LEGGE - QUADRO N. 845 DEL 21 DICEMBRE  
 1978.

RILASCIATO A ..... IL.....

**Per l'Ente Gestore**  
 Il Legale Rappresentante

**Per l'Amministrazione**

**Il Responsabile didattico**

**Il Presidente della Commissione**

**PROGRAMMA DEL CORSO:**

A) PARTE TEORICO-APPLICATIVA

N. Ore:

Materie:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

B) FORMAZIONE PRATICA

N. Ore:

Descrizione:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE:**

Prova Scritta: \_\_\_\_\_

Prova Orale: \_\_\_\_\_



**SOGGETTO ATTUATORE** (*Logo e denominazione*)

**ATTESTATO DI FREQUENZA**

**Si ATTESTA CHE** .....  
 NATO/A ..... (....) IL ..... HA FREQUENTATO PRESSO IL SOGGETTO  
 ATTUATORE ..... CON PROFITTO PER N° ..... ORE DAL ..... AL ..... L'ATTIVITA' FORMATIVA  
 DENOMINATA

**TITOLO ATTIVITA' FORMATIVA**

DELLA DURATA COMPLESSIVA DI ..... ORE ISTITUITO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 23 DEL 25 FEBBRAIO 1992  
 COFINANZIATO DAL FONDO SOCIALE EUROPEO, DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE .....

RILASCIATO A ..... IL .....

**ENTE GESTORE**

Il Legale Rappresentante

**Titolo del Corso**



**PROGRAMMA DEL CORSO:**

A) PARTE TEORICO-APPLICATIVA

N. Ore:

Materie:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

B) FORMAZIONE PRATICA

N. Ore:

Descrizione:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE:**

Prova Scritta: \_\_\_\_\_

Prova Orale: \_\_\_\_\_

 UNIONE EUROPEA Fondo sociale europeo		 <b>MINISTERO DEL LAVORO          E DELLE POLITICHE SOCIALI</b> Direzione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione	 REGIONE LAZIO
 Provincia di Frosinone Settore Formazione Professionale			

**Ente Gestore**

**VERBALE DEGLI ESAMI**

Cod. progetto.....Cod. azione .....Asse/ ob. specifico.....

Corso di formazione professionale per.....

iniziato il.....terminato il.....

Esami svolti nei giorni.....

presso la sede.....

**COMMISSIONE ESAMINATRICE**

<b>Ruolo</b>	<b>Nominativo</b>	<b>Amministrazione / Altro soggetto</b>
<b>PRESIDENTE:</b>		
<b>MEMBRI ESTERNI:</b>		
<b>MEMBRI INTERNI:</b>		









