

Inserire logo
dell'Ente



BENEFICIARIO
INDIRIZZO
SEDE FORMATIVA
SOTTOMISURA 1.1

N. Domanda.....CUP

Focus Area Tipologia d'intervento.....Modalita' (e-learning/aula /misto)

Prot. n. del

MISURA 1 TRASFERIMENTO DI CONOSCENZE E AZIONI DI INFORMAZIONE
SOTTOMISURA 1.1 "SOSTEGNO AD AZIONI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE E
ACQUISIZIONE DI COMPETENZE"

**Oggetto: Comunicazione data e docenti per lo svolgimento della verifica
finale**

All'Assessorato Regionale dell'Agricoltura, dello
sviluppo rurale e della pesca mediterranea
Servizio 5
Via Cimabue n.2
Palermo

Con la presente si comunica che in datavi svolgera' la verifica finale
dell'intervento (specificare il tipo d'intervento) modalita'(se si tratta di corso, esempio e-
learning/aula /misto) CUP.....N. Domanda.....Focus
Area.....e che i nomicativi, dei docenti, sono i seguenti:

Docenti nominati

1).....
2).....

Docenti supplenti

1).....
2).....

luogo e data

Firma del Legale Rappresentante