

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: Autorizzazione allo 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 chiede di essere autorizzati a procedere alla verifica finale per l'intervento
(specificare il tipo d'intervento) modalita'(se si tratta di corso, esempio e-learning/aula /misto)
CUP.....N. Domanda.....Focus Area.....
che si svolgera' in datanella sede.....

luogo e data

Firma del Legale Rappresentante