



**APPENDICE ENTI
DI FORMAZIONE PROFESSIONALE ACCREDITATI
NELLA REGIONE SICILIANA**



Q1 - DATI ENTE

RAGIONE SOCIALE _____

RIPORTARE LE SEDI OPERATIVE

Q6 - DATI SEDE OPERATIVA

1) INDIRIZZO _____

CAP |_|_|_|_|_| CITTA' _____ PROV |_|_|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |_|_| - AREA FORMAZIONE |_|_|

Q 6 - DATI SEDE OPERATIVA

2) INDIRIZZO _____

CAP |_|_|_|_|_| CITTA' _____ PROV |_|_|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |_|_| - AREA FORMAZIONE |_|_|

Q 6 - DATI SEDE OPERATIVA

3) INDIRIZZO _____

CAP |_|_|_|_|_| CITTA' _____ PROV |_|_|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |_|_| - AREA FORMAZIONE |_|_|

Q 6 - DATI SEDE OPERATIVA

3) INDIRIZZO _____

CAP |_|_|_|_|_| CITTA' _____ PROV |_|_|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |_|_| - AREA FORMAZIONE |_|_|

Q 6 - DATI SEDE OPERATIVA

3) INDIRIZZO _____

CAP |_|_|_|_|_| CITTA' _____ PROV |_|_|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |_|_| - AREA FORMAZIONE |_|_|

Q 6 – DATI SEDE OPERATIVA

1) INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

Q 6 – DATI SEDE OPERATIVA

2) INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

Q 6 – DATI SEDE OPERATIVA

3) INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

Q 6 – DATI SEDE OPERATIVA

3) INDIRIZZO _____

CAP |__|__|__|__|__|__| CITTA' _____ PROV |__|__|

TEL _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

N.RO PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO: AREA AMMINISTRATIVA |__|__| - AREA FORMAZIONE |__|__|

N.B. Tutte le sedi operative devono essere elencate ed inserite nel data-base, e specificatamente nella relativa maschera “Sedi operative”

Il sottoscritto, consapevole che chi rilascia false dichiarazioni ad un pubblico ufficiale o presenta false documentazioni è punito a termine degli articoli 495 e 496 del codice penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

Il sottoscritto, con la presente, dichiara di autorizzare i competenti uffici alla diffusione dei dati personali ivi contenuti, per le finalità connesse con l'espletamento delle procedure in materia di formazione professionale

DATA

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B. Appendice n°di

.....