

All'Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 2
Via Mario Vaccaro, 5
90145 Palermo

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'organizzazione di corsi per il rilascio della qualifica di Assistente di Studio Odontoiatrico

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ in qualità di
rappresentante legale/amministratore unico dell'Ente _____ con
sede in _____ via _____ n. _____ C.A.P. _____,

CHIEDE

ai sensi del D.A. n. _____ del _____ l'autorizzazione allo svolgimento di n.1 edizione del corso di qualifica di Assistente di studio odontoiatrico che avrà luogo presso _____ dal _____ al _____.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445/2000

DICHIARA

di attenersi per gli aspetti di natura organizzativa, didattica ed economica a quanto espressamente indicato all'Allegato IV del Decreto Interassessoriale recante "Regolamentazione regionale formazione Assistente di Studio Odontoiatrico DPCM 09.02.2018 recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano rep. atti n. 209/CSR del 23.11.2017"

-

di essere soggetto **formativo accreditati dalla Regione Siciliana per la formazione professionale ai sensi del Decreto Presidenziale del 1 ottobre 2015, n. 25 con ID n. _____ per la sede formativa (inserire l'indirizzo) _____**

Allega alla presente:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione di cui all'art. 89 del D.Lgs. 159/2011 e s.m.i.
2. fotocopia di documento d'identità in corso di validità.
3. Programma formativo con l'indicazione del direttore del corso, del tutor, d'aula ed elenco dei docenti selezionati con indicazione della qualifica professionale.
4. Calendario didattico con indicazione di orario e sede di svolgimento dell'attività formativa.

Data _____

Firma