

MODULO PER LA RICHIESTA DI APERTURA/INIZIO ATTIVITA' CENTRO DI FORMAZIONE IRC

DENOMINAZIONE DEL CDF				
DISCIPLINE da accreditare	BLSD	PTC BASE	BLSD PEDIATRICO	METal
Partitiva Iva/CF		Descrizione Giuridica		
Legale Rappresentante				
Via		Città		CAP
Tel.		E-Mail		
Responsabile del CdF	Cognome, nome			
	Indirizzo mail			
	Telefono			

ATTIVITÀ: elenco dei Direttori e Istruttori (Compreso Responsabile del CdF)

RUOLO ISTRUTTORE/ DIRETTORE	COGNOME	NOME
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

NOTE:

- **allegare** la certificazione delle abilitazioni per ciascun componente del Centro
- **allegare** curriculum breve del Responsabile del CdF
- **non** elencare istruttori che non abbiano completato il percorso da titolare (potenziali, candidati)

Data: _____ Firma del Responsabile del CdF: _____