La/Il sottoscritta/o ……………..…………………. in servizio presso ………………………………………………………………………….

a seguito della partecipazione all’evento formativo ………………………………………………………………………..………………

ente erogatore ………………………………..……. dal ………... al ……………….….

**In riferimento al corso frequentato precisa quanto segue1:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Data** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\*\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*\*) se non si dispone della firma digitale è sufficiente scrivere il proprio nome

**Visto <***nome e cognome del responsabile>*

**Data della firma digitale**  **Firmato**