



Spett.le
**CONSIGLIO ORDINE TECNOLOGI
ALIMENTARI REGIONE MOLISE**
Sede legale: Via G. Carducci, 88Q
86100 Campobasso (Molise)
FAX **0874-318149**
EMAIL: info@otamolise.it

OGGETTO: Richiesta di partecipazione CORSO "VALUTATORI DI SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2008 "RICONOSCIUTO AICQ SICEV - TEST DI AUTOVALUTAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, prov.____, il _____, codice fiscale _____
domiciliato/a in _____, prov.____, regolarmente
iscritto/a all'Ordine dei Tecnologi Alimentari della **Regione Molise** per l'anno _____ con il
n°____, e consapevole di quanto stabilito dagli articoli 25 e 26 del D.P.R. 283/99

CHIEDE

di voler compilare prima dell'avvio del corso, il test di autovalutazione che sarà inviato dal Centro Formazione per la verifica dei PRE-REQUISITI.

Superato il test di ingresso, di impegnarsi al versamento delle quote di:

euro **€.600,00** + IVA 21%

adesione e partecipazione al CORSO
FORMATIVO PROFESSIONALE PER VALUTATORI
DI SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ UNI
EN ISO 9001:2008 – RICONOSCIUTO AICQ SICEV

CSQA
FORMAZIONE

Successivamente saranno inviate le indicazioni ed estremi per i versamenti e per la formalizzazione della regolare iscrizione.

Data _____

Firma del Richiedente

(leggibile)