



Logo O.E.

REGIONE CAMPANIA

Direzione Generale per la Tutela della Salute il coordinamento del SSR (DG04)

Soggetto attuatore Dipartimento di Prevenzione /SIAN dell'ASL di _____

*Corso di formazione per il rilascio/rinnovo del Certificato di abilitazione all'attività di
vendita di prodotti fitosanitari*

REGISTRO LEZIONI E PRESENZE PARTECIPANTI

Codice Corso n° _____

Sede di _____

Lezione n° _____ del ____/____/____ dalle ore _____ alle ore _____
n° _____

pag. _____

	COGNOME E NOME	ENTRATA		USCITA		N° ORE
		ORA	FIRMA	ORA	FIRMA	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
16						
17						
18						

Eventuali
annotazioni _____

- 1) Titolo Modulo _____
2) Titolo Modulo _____

Contenuti svolti

Orario				Firma docenti
Dalle		Alle		
Dalle		Alle		
Dalle		Alle		

Teoria ☐ n. ore _____ Pratica ☐ n. ore _____

Totali presenze partecipanti n. _____

Responsabile del corso

Tutor

Tutor

Il presente registro si compone di

N°..... (lettere.....) pagine vidimate e numerate

dal..... al.....

Data.....

n° protocollo