



Logo O.E.

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

**SOGGETTO ATTUATORE: Dipartimento di Prevenzione -Servizi Igiene degli
Alimenti e Nutrizione (S.I.A.N.) ASL di _____**

*Corso di formazione per il rilascio/rinnovo del Certificato di
abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari*

PROSPETTO RIEPILOGATIVO CORSO

Corso n. _____

Sede di _____

Tempi di svolgimento:

Data di inizio _____

Data di fine _____

Data esami _____

Responsabile del Corso _____



Logo O.E.

ELENCO PARTECIPANTI

n°	Cognome	Nome	Data di nascita e codice fiscale	Luogo di nascita	Residenza	Comune	Titolo di studio
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

NUMERO PARTECIPANTI	
PREVISTI	N°
ISCRITTI	N°
AMMESSI ESAMI	N°
IDONEI	N°

DURATA IN ORE	
PREVISTE	N°
EFFETTIVE :	
• TEORIA	N°
• PRATICA	N°
TOTALE	N°

DOCENTI INTERNI ED ESTERNI			
COGNOME E NOME	I/E	GIORNI	ORE
TOTALE			

