



Logo O.E.

REGIONE CAMPANIA

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

SOGGETTO ATTUATORE: Dipartimento di Prevenzione-S.I.A.N. ASL
di _____

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

VERBALE DEGLI ESAMI

Codice Corso n° _____ Iniziato in data _____

Esami svolti nel giorno _____ Presso Sede di _____

COMMISSIONE ESAMINATRICE

	Nome e Cognome	Qualifica Professionale	Ente di appartenenza
Presidente			
Componenti			
Responsabile Corso			

N	cognome nome	luogo di nascita	data di nascita	residenza	n° ore assenza	n. documento	Firma allievo	
Esito esame 1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

RISULTATI DEGLI ESAMI

ISCRITTI AL CORSO N°	AMMESSI AGLI ESAMI N°	ESAMINATI N°	IDONEI N°	NON IDONEI N°

GIUDIZIO COMPLESSIVO

Luogo..... lì.....

COMMISSIONE ESAMINATRICE

Componente (in stampatello)	Firma

Responsabile del Corso/Tutor

.....

Il Presidente della Commissione

.....