



Giunta Regionale della Campania
Dipartimento dell'Istruzione, della Ricerca, del Lavoro, delle Politiche Culturali e delle Politiche sociali
Direzione generale per l'Istruzione, la Formazione, il Lavoro e le Politiche Sociali
U.O.D. _____ Servizio Territoriale Provinciale _____

Alla U.O.D. Formazione Professionale
 – Codice 50-11-04 -

PEC: _____

All'Agenzia Formativa: _____

PEC: _____

Oggetto: Rilascio di Nulla Osta – Svolgimento Esami Finali.

Vista la richiesta di svolgimento degli esami finali presentata dall'Agenzia Formativa _____, Codice Fiscale _____
 Codice di accreditamento _____ acquisita al protocollo regionale con n. _____ del _____
 relativa al Corso n° _____.
 Titolo del percorso formativo: _____ Cod.ID _____;
 Titolo previsto in uscita: _____;
 Edizione corsuale: _____ Cod. ID _____;
 Attestazione in esito al percorso formativo: Certificato di Qualificazione Professionale / Attestato di Abilitazione /
 Attestato di Abilitazione-Aggiornamento (specificare la scelta)/Attestato di Frequenza e Profitto;
 Sede operativa di erogazione del corso di formazione professionale: _____;
 Data Inizio Corso _____; Data Fine Corso _____; ore complessive _____;

Visti:

la Delibera della Giunta Regionale n° _____ del _____;
 il Decreto Dirigenziale n° _____ del _____;
 la Nota Prot. _____ del _____;

Verificati:

nell'ambito del controllo documentale finale effettuato in data _____ gli atti e la documentazione
 relativi all'edizione corsuale n. _____ del suddetto percorso formativo autorizzato a mezzo del Decreto Dirigenziale n° _____
 del _____ e/o la Nota Prot. _____ del _____

Si esprime NULLA OSTA

allo svolgimento degli esami finali del corso di formazione professionale, così come sopra identificato.
 Viste le risultanze del controllo, si ammettono a sostenere gli esami i seguenti allievi:

	COGNOME	NOME	Codice fiscale	Ore presenza
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Durante lo svolgimento del corso sono state effettuati controlli/visite ispettive in loco ☐ SI ☐ NO in data __/__/__.

Funzionari incaricati del controllo _____

Il Funzionario

.....

Il Dirigente della UOD _____
S.T.P. _____

.....