

ALLEGATO 1

RICHIESTA COSTITUZIONE COMMISSIONE ESAMI



LOGO ISTITUZIONE FORMATIVA/ISTITUZIONE SCOLASTICA

RICHIESTA COSTITUZIONE COMMISSIONE ESAMI

SOGGETTO ATTUATORE/ISTITUTO SCOLASTICO:

SEDE: _____ Via _____ Tel _____

REFERENTE: (1) _____ Tel _____ e-mail: _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL CORSO

Denominazione qualifica: _____

Requisito di accesso richiesto _____

Sede corsuale: _____ - Via _____ - Tel. _____

Ore complessive del corso: _____ Ore svolte: _____ Ore da svolgere: _____

Data inizio corso: _____ Data di ultimazione prevista: _____

Estremi approvazione progetto con la qualifica richiesta: _____ Data _____

Numero allievi inizio corso: _____ Numero allievi fine corso: _____

DATE PROPOSTE PER LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE D'ESAME:

GG. _____ Mese _____ Anno _____

(non inferiore a 30 gg. dalla data di invio della richiesta)

DOCENTI DEL CORSO DESIGNATI PER L'ESAME

1. _____
2. _____
3. _____

(1) Indicare il nominativo della persona incaricata, a livello organizzativo della gestione degli esami.

CONTENUTO DEL CORSO (Materie)

DI BASE		DOCENTE
Denominazione	Durata in ore	Cognome e Nome

TRASVERSALI		DOCENTE
Denominazione	Durata in ore	Cognome e Nome

TECNICO PROFESSIONALI		DOCENTE
Denominazione	Durata in ore	Cognome e Nome

TOTALE DURATA DEL CORSO (ore)	
--------------------------------------	--

TIROCINIO PRATICO

1. DURATA (in ore) _____ Nome dell'organizzazione/Azienda _____
Sede _____
2. DURATA (in ore) _____ Nome dell'organizzazione/Azienda _____
Sede _____

ALTRE ESPERIENZE PRATICHE

- 1 DURATA (in ore) _____ Sede _____
Modalità _____
- 2 DURATA (in ore) _____ Sede _____
Modalità _____

PROFILO PROFESSIONALE DELLA QUALIFICA

FIRMA