



ALLEGATO QT12

VERBALE ESAME CORSO _____

Inizio corso _____ Fine corso _____ Ore complessive del corso _____

Tutor _____ impianto/luogo _____

N	COGNOME	NOME	TESSERA N.	CENTRO DI APPARTENENZA	IDONEO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Località e data

Presidente Regionale o Responsabile Formazione Regionale

ESAMINATORI
