**Regione**

**Abruzzo**

**Giunta Regionale d’Abruzzo**

**Dipartimento Lavoro - Sociale - DPG**

**Servizio Formazione ed Orientamento Professionale DPG/009**

**Ufficio Gestione politiche formative**

**c.a. Dott. Nicola Renzetti**

**Via Passolanciano, nr. 75 – 65124 - Pescara**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo posta elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di avere smarrito / mai ritirato, l’Attestato/Certificato di qualificazione del corso di formazione professionale e richiede che gli venga rilasciato un certificato sostitutivo dell’Attestato del corso di formazione professionale “*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*”, autorizzato dalla Regione Abruzzo con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ore, frequentato nell’anno formativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Organismo di Formazione “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) conseguendo la qualifica/abilitazione in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega:

* fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Luogo Data*

FIRMA