**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede gentilmente che gli venga rilasciato un certificato sostitutivo dell’Attestato/Certificato di qualificazione 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