MODULO D

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA DI TECNICO COMPETENTE IN ACUSTICA

COMUNICAZIONE DELLE ORE DI AGGIORNAMENTO

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

N. iscrizione ENTECA: _____ PEC: _____

Email: _____

Telefono mobile: _____

DICHIARA

ai fini del mantenimento della qualifica professionale di Tecnico competente in acustica di cui al D.Lgs n. 42/2017 ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del già menzionato decreto:

a. di essere iscritto/a ad ENTECA dalla data: giorno ____ mese ____ anno ____

b. di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento regolarmente riconosciuti ai seni del D.Lgs . 42/2017 e degli indirizzi del Tavolo tecnico nazionale di coordinamento isituito ai sensi dell'art. 23 del predetto decreto:

Titolo del Corso: _____

Tenuto da: _____ N. di ore: _____

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: _____ Nell'anno: _____

Con atto: _____

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

Titolo del Corso:

Tenuto da: N. di ore:

Riconosciuto dalla Regione/Pro. Autonoma: Nell'anno:

Con atto:

---

c. avere dunque concluso il periodo di aggiornamento frequentando il numero di ore minimo previsto dal D.Lgs n. 42/2017 così come di seguito schematizzato:

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

Anno: ____ totale ore pari a: ____

per ore complessivo pari a: ____ in qualità di discente

per ore complessivo pari a: ____ in qualità di docente

Luogo: ____ Data: ____

Cognome e Nome del Dichiarante: ____

Numero del Documento di identità: ____ Data di scadenza: ____

Il presente Modulo, debitamente compilato, dovrà essere scansionato e trasmesso sotto forma di file pdf al seguente indirizzo PEC: dapvr@pec.arpav.it

Per ottimizzare la pratica istruttoria si chiede di utilizzare quale Oggetto della PEC la seguente dicitura priva di punteggiature: TCA comunicazione aggiornamento cognome nome n. enteca

Esempio: TCA comunicazione aggiornamento rossi mario 905

Parte riservata ad ARPAV