

Cognome		Nome		Nr AVS:	
Email		coordinate	Istituto bancario/postale		
			Nr iban		

## Formazione effettuata:

Azienda e sede azienda	Durata in giorni*	Data formazione	Descrizione del corso	Ente formatore	Luogo del corso	Costo formazione	Sussidi altri enti	CPC

Con la sua firma, il dipendente conferma che le informazioni inserite nel documento corrispondono alla realtà.

\* campo da compilare unicamente per formazione erogate dagli importatori (massimo 5 giornate per collaboratore per anno).

Luogo, data \_ ,

Firma dipendente \_\_\_\_\_