



Redatto: AQ

Verificato/Approvato: DIR

Data: 29/02/2024

Revisione: 01

Mod. N.° 030

RICHIESTA EROGAZIONE CORSI QUADRIFOR

| | | |
|---------------------------|------|------------|
| Azienda richiedente: | | |
| Nominativo (responsabile) | | Qualifica: |
| Indirizzo: | | Città: |
| Tel. | Fax. | E-mail: |

Aziendale Aziendale di gruppo

Tematica richiesta: _____

Titolo corso (se già presente nell'offerta formativa Quadrifor): _____

Disponibilità aula (presso azienda richiedente): SI NO

Scuola di formazione erogatrice del corso: _____

Date di possibile erogazione del corso (indicare più opzioni):

| Mese - Anno | Periodo (dal - al) | N. Giornate |
|-------------|--------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

N. partecipanti (Quadri): _____

Note dell'Azienda: _____

Data richiesta: _____

Nome Cognome _____

Firma leggibile _____

Timbro azienda

In caso di Progetto Aziendale di Gruppo, allegare Elenco delle Aziende partecipanti con relativa Visura Camerale.