

Spett.le Ordine/Collegio di

Oggetto: DPCM 08/07/2014 – richiesta iscrizione corso AEDES

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il
_____, residente in _____ (___), alla via _____, n.____,
iscritto/a all'Ordine/Collegio di _____, al n._____,

CHIEDE

Di potere partecipare al corso di cui all'art.2, comma 2 del DPCM 08/07/2014, secondo le modalità riportate nelle Indicazioni Operative per la Formazione emanate dal Capo DPC con prot.57046 del 29/10/2020.

A tal fine DICHIARA:

- Di possedere i requisiti necessari per potere espletare le verifiche di agibilità post sisma, così come riportato all'art.2 comma 1 del DPCM 08/07/2014;
- Che prima della definizione della iscrizione al corso in parola, provvederà a perfezionare l'iscrizione a codesta Associazione, attraverso il *form* attivo sul sito www.stn-italia.it
- Accettare le condizioni/prescrizioni contenute nelle su indicate Linee Guida, in merito alle modalità di erogazione, alla frequenza minima (80%), alle modalità di esercitazioni/verifiche finali del corso *de quo*.

Lì _____

Firma

Allega:

- Documento di riconoscimento