



LOGO ORGANISMO FORMATORE

# REGIONE UMBRIA

Al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*ai sensi della Legge 19 maggio 1971, n. 403, si rilascia il presente*

## **ATTESTATO DI QUALIFICA DI MASSAGGIATORE MASSOFISIOTERAPISTA**

Ente gestore

Regione Umbria

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

N. Registrazione \_\_\_\_\_



## 5.2. – tecnico – professionali


## 5.3 - trasversali


## 5.4 – tirocinio pratico

- Durata in ore \_\_\_\_\_

- Nome dell'organizzazione \_\_\_\_\_

- Sede di svolgimento \_\_\_\_\_

## 5.5. – altre esperienze pratiche

- Durata in ore \_\_\_\_\_

- Modalità \_\_\_\_\_

## 6 – Tipo di prove di valutazione finale

- colloquio
- prove scritte
- prova pratica
- altro: \_\_\_\_\_

---

## 7 – Annotazioni integrative

---

---

---