



LOGO ORGANISMO FORMATORE

REGIONE UMBRIA

Al/alla Sig./Sig.ra _____

Nat__ a _____ il _____

ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità del 28 ottobre 1992, si rilascia il presente

ATTESTATO DI QUALIFICA DI OTTICO TRIENNALE

Ente gestore

Regione Umbria

Ministero della Salute

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
