



Stemma della Regione
competente per
territorio

Regione

Logo Azienda sanitaria
/ ente di formazione
accreditato
competente per
territorio

ASL / ENTE



.....
(denominazione completa dell'ente o azienda che rilascia l'attestato)

ATTESTATO DI QUALIFICA

DI SUPERAMENTO DELL'ESAME FINALE TEORICO – PRATICO DEL CORSO DI FORMAZIONE PER

ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

di cui all'Accordo tra il Ministro della Salute e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente l'individuazione del profilo professionale dell'Assistente di Studio Odontoiatrico, quale operatore d'interesse sanitario di cui all'art.1, comma 2, della legge 26 febbraio 2006, n. 43, e per la disciplina della relativa formazione, sancito in data

Codice ATECO Codice CP ISTAT

Autorizzato dalla Regione, con (specificare il tipo di provvedimento di autorizzazione del corso e i relativi estremi)

istituito presso (specificare l'ente, l'istituto, la scuola o il polo formativo presso il quale si è svolto il corso)

di (specificare la città e la provincia della sede del corso),

Conferito a _____
(Nome e Cognome)

Nata/o a _____ Il giorno _____
(luogo, provincia e Stato di nascita) (data di nascita)

nella sessione d'esame espletata il giorno (specificare la data di espletamento dell'esame finale)

IL PRESENTE ATTESTATO E' VALIDO SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE

Il Presidente della Commissione(firma)

Il legale Rappresentante dell'ente o azienda che rilascia l'attestato(firma)

Il rappresentante dell'Assessorato regionale alla Sanità(firma)

..... (luogo e data del rilascio)

