

Mod. AEDES_01

Spett.le Ordine/Collegio di _____

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

Il/la sottoscritto/a _____, C.F. _____
nato/a a _____, il _____, residente in _____ (____), in
via _____, n. _____, iscritto/a all'Ordine/Collegio dei
_____ di _____, al n. _____,
e-mail _____, cellulare _____

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 dell'iscrizione al corso in parola, se ancora non provveduto, procederà con l'iscrizione alla Struttura Tecnica Nazionale, attraverso il form attivo sul sito www.stnitalia.it
- Di accettare le condizioni/prescrizioni contenute nelle suddette *Indicazioni Operative*, in merito alle modalità di erogazione per la formazione teorica - online 44 ore con frequenza minima del 80% - e alle modalità di esercitazioni/verifiche finali del corso *de quo* - 3 giorni obbligatori in presenza.

Lì _____

Firma

Allega: Documento di riconos

