

MR 9.2/A2

QUESTIONARIO INFORMATIVO SEDI FORMATIVE

Rev. 2 del 01.10.2025

DA INVIARE VIA FAX AL N. 0810603388 O VIA EMAIL A INFO@CENTROCERT.IT INSIEME A VISURA CAMERALE

ORGANIZZAZIONE: _____

SEDE DEL CORSO	DISTANZA DALLA SEDE ORGANIZZAZIONE (KM)	OGGETTO DEL CORSO (ATTINENTE ALLO SCOPO DI CERTIFICAZIONE)	DURATA PREVISTA CORSO		TIPO INDICARE FISICO/ VIRTUALE	DURATA COMPLESSIVA CORSO IN ORE	STATO CORSO (ATTIVO CHIUSO)	SERVIZI NON EDUCATIVI OFFERTI (AD ESEMPIO SERVIZI DI RISTORAZIONE, CONSULENZA. BIBLIOTECA, ETC...)
			DAL	AL				

Data compilazione _____

CENTRO CERTIFICAZIONE QUALITÀ S.r.l.

Sede Legale ed Operativa:– Via Barracco, 29 – 81027 San Felice a Cancelli (CE)

Tel.: 081-8444237, Fax: 081-0603388

email info@centrocert.it – sito web www.centrocert.it