



---

Data di ricezione:

Fattura N°:

Data di emissione del Certificato:

Pagato: Sì / No

---

(Per uso d'ufficio soltanto) (2.3.1 Rev. 1)

**DOMANDA PER LA LICENZA DI UN CENTRO DI FORMAZIONE APPROVATO IPAF**

1. **Nome dell'azienda:** \_\_\_\_\_

2. **Indirizzo dell'azienda:** \_\_\_\_\_

N° Tel: \_\_\_\_\_ N° Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

3. **Indirizzo del Centro di Formazione** (se diverso dal suddetto)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **Istruttori iscritti all'IPAF**

Nome: \_\_\_\_\_ Posizione: \_\_\_\_\_ N° Iscriz. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Posizione: \_\_\_\_\_ N° Iscriz. \_\_\_\_\_

**SERVIZI DI FORMAZIONE** (Indicare le voci pertinenti)

1) Macchine per la formazione pratica Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2) Aula attrezzata per 8 allievi Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE:** Dichiaro che, per quanto mi risulta, le informazioni sopra riportate sono esatte.

Nome: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Carica: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

N.B. Un Auditor IPAF autorizzato controllerà ed approverà le strutture ed i servizi del centro di formazione.

---

**PER USO D'UFFICIO SOLTANTO**

Controllato da: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Approvato: \_\_\_\_\_

---