

ALLEGATO E

Allegato n.1

***RICHIESTA COMMISSIONE D'ESAME
su carta intestata dell'Ente***

Alla Provincia di Treviso
Settore Servizi al Territorio
U. O. Formazione Professionale
Via Cal di Breda 116,
31100 Treviso

1 sottoscritt _____ responsabile del corso titolo
_____ per _____ riconosciuto con
D.P. n. _____ del _____ - DDP n. _____ del _____ presso _____

RICHIEDE

la convocazione della Commissione esaminatrice secondo il seguente calendario/orario :

LUNEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		MARTEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		MERCOLEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		GIOVEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		VENERDI' <i>gg/mm/aaaa</i>	
<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>
Totale ore _____		Totale ore _____		Totale ore _____		Totale ore _____		Totale ore _____	

L'orario indicato dovrà includere la riunione preliminare.

Indirizzo sede d'esame _____

telefono _____, telefono persona di contatto _____.

Luogo e data _____

Timbro dell'Ente e firma del Legale rappresentante
o del Responsabile del progetto

Allegato n.2

COMPONENTI E PRESENZE DELLA COMMISSIONE D'ESAME												
ENTE GESTORE _____												
SEDE DEL CENTRO _____												
TITOLO INTERVENTO _____												
CALENDARIO ESAMI _____												
PRESIDENTE	GIORNI DI PRESENZA Tot.											
In rappresentanza _____												
Residenza _____												
COMPONENTE												
In rappresentanza _____												
Residenza _____												
COMPONENTE												
In rappresentanza _____												
Residenza _____												
TOTALE												

Il sottoscritto Presidente della Commissione d'esame dichiara che le persone di cui sopra hanno regolarmente presenziato, per i giorni indicati, allo svolgimento delle prove.

IL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE

Commissione d'esame convocata con nota del Dirigente del Settore Amministrativo Ecologia.

PROTOCOLLO N _____ del _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ residente a

con sede di servizio in _____, chiede che gli
vengano rimborsate le spese sostenute per viaggi effettuati con mezzi pubblici, come da allegati
biglietti (n° ____ biglietti _____) per l'importo complessivo di Euro (_____), per
partecipare - in rappresentanza di _____ - alla
Commissione per le prove finali dell'Intervento titolo: azioni formative nn.

svoltesi presso _____

in località _____

nei giorni: dal _____ al _____.

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di non godere dall'Ente rappresentato alcun
rimborso per le predette spese sostenute.

Data, _____

FIRMA

Allegato n. 5

ENTE GESTORE _____

SEDE OPERATIVA _____

COMMISSIONE D'ESAME ANNO FORMATIVO _____

Inziata il _____ conclusione prove finali il _____

Azioni formative interessate n° _____

approvate o istituite con D.P. n° _____ del _____

competenze spettanti al Sig. _____

nato a _____ il _____ residente a _____

codice fiscale _____.

Presidente Commissione in rappresentanza di _____

Componente

COMPETENZE SPETTANTI

- Gettoni presenza n° _____ x Euro _____ Euro _____

- Rimborso spese viaggi come da dichiarazioni allegate Euro _____

- Rimborso indennità chilometriche come da allegata
dichiarazione - Km n. _____ x Euro _____ Euro _____

TOTALE COMPETENZE LORDE SPETTANTI Euro _____

- Ritenuta d'acconto Euro _____

IMPORTO NETTO DA LIQUIDARE Euro _____

(Bollo)

Data, _____

FIRMA

N.B. Il rimborso delle spese di viaggio deve limitarsi ad un solo viaggio di andata e ritorno giornaliero.

Allegato n. 6

ENTE GESTORE _____

SEDE _____

PROSPETTO RIEPILOGATIVO GETTONI PRESENZA SPETTANTI AI COMMISSARI D'ESAME
attività formativa _____.

Cognome e Nome	Totale Gettoni	Rimborso spese viaggio	TOTALE COMPLESSIVO
TOTALE GENERALE			

Data, _____

Firma del legale rappresentante dell'Ente

NOTE: Allegare il prospetto debitamente firmato dal Presidente della Commissione, indicate le presenze dei singoli componenti.

Allegato n. 7

COMMISSIONE D'ESAME – DICHIARAZIONE DELL'ENTE GESTORE

su carta intestata dell'Ente

Alla Provincia di Treviso
Settore Servizi al Territorio
U.O. Formazione Professionale
Via Cal di Breda 116,
31100 Treviso

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____ con riferimento alla commissione d'esame svolta dal _____ al _____ e riferita al/agli intervento/i di seguito specificato/i:

Titolo	Ore	Utenti

ATTESTA

che i lavori della suddetta Commissione esaminatrice presieduta da _____ in servizio presso codesta struttura, si sono svolti secondo il seguente calendario/orario¹:

LUNEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		MARTEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		MERCOLEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		GIOVEDI' <i>gg/mm/aaaa</i>		VENERDI' <i>gg/mm/aaaa</i>	
<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>	<i>dalle ore</i>	<i>alle ore</i>
Totale ore _____		Totale ore _____		Totale ore _____		Totale ore _____		Totale ore _____	

Attesta inoltre che per le giornate sopra riportate è stato erogato un compenso secondo quanto stabilito dalla DGP n. 210_56804_2012 All. B Direttiva, art.8.

Luogo e data _____

Timbro dell'Ente e firma del Legale rappresentante
o del Responsabile del progetto

¹ Nel conteggio del totale delle ore di ogni giornata deve essere escluso il tempo riservato ad una eventuale pausa pranzo.

