|  |  |
| --- | --- |
| **Compilare** | |
| **Titolo:** |  |
| **Periodo si svolgimento:** | Dal **gg/mm/aa** al **gg/mm/aa** |
| **3. AREE OGGETTO DELL’ATTIVITÀ FORMATIVA**  **Le attività formative devono avere ad oggetto le aree inerenti all’attività professionale dell’architetto, pianificatore, paesaggista e conservatore:** | Selezionare la voce dall'elenco:  **O** architettura  **O** gestione della professione **O** deontologia e discipline ordinistiche **O** sostenibilità **O** paesaggio **O** conservazione **O** pianificazione |
| **Tipologia:** | Selezionare la voce dall'elenco:  **O** corso di aggiornamento e sviluppo professionale **O** seminari, convegni, giornate studio, tavole rotonde, conferenze, workshop e simili  **O** corsi abilitanti (120 ore sicurezza e prevenzione incendi) **O** Aggiornamento relativi ai corsi abilitanti |
| **Soggetto proponente:** |  |
| **Informazioni in merito al soggetto proponente** Statuto o descrizione dell’ente. |  |
| **Direttore del corso/Referente:** |  |
| **Mail e telefono della segreteria organizzativa** (per pubblicazione): |  |
| **Programma:** | **Allegare al documento un programma in formato PDF e bozza di locandina che andrà pubblicata sul sito dell’Ordine** |
| **Obiettivi formativi:** Descrivere dettagliatamente gli obiettivi del corso ( max 400 caratteri) |  |
| **Materiale didattico:** Relazioni, pubblicazioni o dispense |  |
| **Numero di ore:** |  |
| **Calendario del corso:** |  |
| **Numero dei docenti e qualifica della Docenza, Codice fiscale** |  |
| **Sede di svolgimento:** Riportare il comune e l'indirizzo |  |
| **Idoneità della sede** Indicare dettagli sulla sede, capienza e idoneità per portatori di Handicap |  |
| **Accesso all’evento formativo** indicare se l’accesso è libero o riservato ad una categoria professionale |  |
| **Prova finale di verifica:**  Se prevista, al fine del rilascio dei cfp agli Architetti, è necessario il superamento della stessa. | **O** Si  **O** No |
| **Giudizio per docente:** | **O** Si  **O** No |
| **Giudizio per il corso:** | **O** Si  **O** No |
| **Dibattito finale:** | **O** Si  **O** No |
| **Eventuale presenza di sponsor** | O Si  O No |
| **Se previsti, indicare quali:** |  |
| **Eventuale presenza di patrocini** | O Si  O No |
| **Se previsti, indicare quali:** |  |

Luogo e data firma

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

Allegata copia C.I. del responsabile richiedente