

Dichiarazione del datore di lavoro

per la Formazione Insegnante Kinaesthetics Livello 1 di:

Cognome

Nome

La persona sopra elencata è dipendente della nostra struttura per un totale di _____ ore settimanali

Appoggiamo la sua iscrizione alla formazione e confermiamo che durante il percorso formativo avrà la possibilità di crescere passo dopo passo nel suo ruolo di Insegnante Kinaesthetics Livello 1 (cfr. descrizione della formazione)

Denominazione istituzione

Persona responsabile

Commenti

Data

Timbro e firma

5 WW h Un]cbY`Y`Uddfcj Un]cbY`XY`Y`7 cbX]n]cb]`[YbYfU]`

f0Y`U`ZUti fU`B`]bX]f]mUH`U`fYbhYŁ

fUfh`% (%Ata a U`7`7"Ł

Data

Timbro e firma

La preghiamo di farsi compilare questo modulo da parte del suo datore di lavoro, stamparlo e ritornarlo firmato e scannerizzato insieme a gli altri documenti della domanda di ammissione.