



CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE

Conoscenza di sé modulo 1

Grado	
Cognome	
Nome	
Via, numero	
CAP, Luogo	
Telefono	
E-mail	
Data di nascita	
No AVS	
Dichiarazione	
Dichiaro di aver redatto di proprio pugno e senza aiuto il presente lavoro scritto relativo alla conoscenza di sé e do il mio consenso che <i>l'Associazione Svizzera per la Formazione nella conduzione</i> può utilizzare un software antiplagio.	
Luogo, Data	
Firma	

La preghiamo di spedire il suo documento/rapporto come raccomandata o posta A Plus, in due copie distinte, al:

Zentrum Führungsausbildung (ZFA)
Prüfungssekretariat
Murmattweg 6
6000 Luzern 30