



REGIONE BASILICATA

ATTESTATO DI PROFITTO

EVALUATION CERTIFICATE

Relativo a *Related to*

Tecnico competente in acustica

valido ai fini dell'abilitazione ai sensi *valid in accordance with*
del D.Lgs. n. 42/2017, art. 22, comma 1, lett. b)

Rilasciato a *Awarded to*

Cognome e Nome *Family Name and First Name*

Data e luogo di nascita *Date, Place and Country of Birth*

Codice fiscale *Personal identification code*

Nazionalità *Nationality*

Rilasciato da *Issued by*

Istituzione che valida *Validation Body*

Regione Basilicata

Nominativo e qualifica della persona che rilascia l'attestato *Executive in charge: Family Name and First Name and capacity*

Timbro
Official stamp

Firma *Signature*

Data di rilascio *Date of issue* _____

n° _____

LOGO *Soggetto proponente e attuatore*

Repertorio di riferimento Regional Qualification Framework of reference:
Repertorio Regionale delle Qualificazioni della Basilicata

Unità di Competenza oggetto di attestazione* <i>Competence/s</i>	Livello EQF <i>EQF Level</i>
60_CTR - Approntamento della strumentazione per le misure fonometriche	4
61_CTR - Rilevazione del rumore prodotto dalle infrastrutture di trasporto lineari	5
62_CTR - Rilevazione del rumore prodotto dalle infrastrutture di trasporto aeroportuali	5
63_CTR - Valutazione delle prestazioni acustiche passive degli edifici	5
64_CTR - Rilevazione del rumore e delle vibrazioni prodotte in ambienti di lavoro	5
65_CTR - Partecipazione nei contenziosi in materia di inquinamento acustico	5
66_CTR - Pianificazione, risanamento e controllo delle emissioni di rumore	5

* Per i dettagli dei contenuti delle Unità di Competenza e dello standard formativo di riferimento, si rinvia al portale del "Sistema Regionale degli Standard" della Regione Basilicata (<http://www.sistemastandard.regione.basilicata.it/>).

Informazioni sul percorso formativo Training course information

Codice e titolo del percorso Training course code and title	
Autorizzato da Authorized by	Regione Basilicata
Erogato da Provided by	
Periodo / Durata (n. ore) Starting and Ending date / Workload (hours)	da from _____ a to _____ 180

Informazioni sulla Commissione che ha svolto la valutazione Assessment body information

Atto di nomina Deed of appointment	D.D. n. _____ del _____
Data dell'esame Date of examination	
Nominativo del Presidente President's Family Name and First Name	
Firma del Presidente President's signature	