ÎMPUTERNICIRE

Subsemnatul(a) ………………………………………………………………….. cu domiciliul în str………………………......................................... nr. ………., bl. ………., sc……., et………,ap……loc./jud………………………, CNP……………………………., împuternicesc prin prezenta pe dl./d-na ………………………………………domiciliat(ă) în str…………………………………nr……………, bloc……………., sc…………., etaj …………., ap. ……………., oras/jud……………………………………………, identificat(ă) cu CI seria………………, nr. …………………., CNP……………………………………, eliberată de …………….. la data de…………………………., să îndeplinească formalitățile necesare privind relația cu AUTORITATEA NAȚIONALĂ PENTRU CALIFICĂRI(ANC) cu sediul În București, Pța Valter Mărăcineanu nr. 1-3, Intrarea B, Etaj 2, Sector 2 telefon 021.313.00.50/51/52, e mail office@anc.edu.ro, în vederea deschiderii și/sau soluționării dosarului privind recunoașterea calificării profesionale……………………………obținută prin………………………………………………………………….…………………………..

Împuternicitul meu mă va putea reprezenta în ANC, va îndeplini în numele meu și pentru mine toate formalitățile necesare procedurii pentru recunoașterea calificărilor profesionale reglementată prin Metodologia pentru recunoașterea calificărilor profesionale dobândite în sistem formal, nonformal și informal la furnizori de formare profesională autorizați/centre de evaluare a competențelor autorizate și/sau alte autorități competente din statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederația Elvețiană, Regatul Unit al Marii Britanii și al Irlandei de Nord, Statele Unite ale Americii și Republica Moldova, aprobată prin Ordinul MEN nr.  4.492/2021.

Data: ……………………………..

Nume și Prenume titular acte supuse recunoașterii calificării profesionale

…………………………………………………………………………..

Semnătură

……………………………………………….