



Beneficiario _____			Cod. Uff. _____ Cod. monitoraggio _____ CUP _____																											All. H			
Sede operativa _____			Denominazione Corso _____																														
Indirizzo _____			P.O. R. CAMPANIA FSE 2014/2020 - Atto di ammissione a finanziamento _____																														
			Asse _____ Obiettivo Specifico _____ Azione _____																											foglio n° _____			
			RIEPILOGO PRESENZE PARTECIPANTI mese di _____ anno _____																														
Lezioni del mese			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Totale lezioni svolte		ANNOTAZIONI	
Lezioni progressive																														Giorni	Ore		
Giorno																																	
Ore di attività giornaliera																																	
N°	Cognome e nome dei docenti/codocenti	Modulo Formativo	Ore effettive di attività svolte da ciascun docente/codocente																								giorni	ore					
1																																	
2																																	
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
Totale ore effettive di attività giornaliera svolte																																	
Eventuali annotazioni _____																														Il Direttore del Corso			