







Beneficiario						All. A3
Soggetto attuatore						
Denominazione progetto						
Sede svolgimento						
Indirizzo				_		
Prov	Tel					
CALENDARIO ATTIVITA'						
	Asse	Obiettivo Specifico	Azion	e		
	Codice progetto Codice monitoraggio C			CUP		
Atto di ammissione a finanziamento						
DATA	GIORNO	MODULO FORMATIVO	ORARIO	N. ORE	DOCI	ENTE
DATA	LUNEDI'	MODULO FORMATIVO	UKAKIU	11. UKE	DOCI	אור דור דור
	MARTEDI'					
	MERCOLEDI'					
	GIOVEDI'					
	VENERDI'					
	SABATO					
	DI IDI II O					
	LUNEDI'					
	MARTEDI'					
	MERCOLEDI'					
	GIOVEDI'					
	VENERDI'					
	SABATO					
			<u> </u>			
	LUNEDI'					
	MARTEDI'					
	MERCOLEDI'					
	GIOVEDI'					
	VENERDI'					
	SABATO					
	LUNEDI'					
	MARTEDI'					
	MERCOLEDI'					
	GIOVEDI'					
	VENERDI'					
	SABATO					