

Beneficiario _____ Soggetto attuatore _____ Denominazione progetto _____ Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov. _____ Tel. _____		Il Legale Rappresentante _____		All.B5	
PROGRAMMA FORMATIVO Priorità _____ Obiettivo Specifico _____ Azione _____ Codice progetto _____ Codice monitoraggio _____ CUP _____ Atto di ammissione a finanziamento _____					
Moduli formativi	Argomenti	Ore Teoria	Ore Pratica	Ore Lab.	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
		0	0	0	
Totale ore		0	0	0	