



Beneficiario _____ Soggetto attuatore _____ Denominazione progetto _____ Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov. _____ Tel. _____	Il Legale Rappresentante _____	All. B6
--	-----------------------------------	----------------

PERSONALE DOCENTE
Priorità _____ **Obiettivo Specifico** _____ **Azione** _____
Codice progetto _____ **Codice monitoraggio** _____ **CUP** _____
Atto di ammissione a finanziamento _____

N.	Nome e cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Titolo di studio	Rapporto di lavoro	Data inizio rapporto	Modulo formativo	Ore di attività
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								