







Beneficiario	All. B8
Soggetto attuatore	
Denominazione progetto	
Sede svolgimento	
Indirizzo	
Prov Tel	

REGISTRO ATTIVITA' FORMATIVE

Priorità	_ Obiettivo Specifico	Azione
Codice progetto	Codice monitoraggio _	CUP
Atto di an	nmissione a finanziamento _	

fonte: http://burc.regione.campania.it









Bene	eficiario/Soggetto attuatore	Priorità	Obi	ettivo Spe	ecifico		Timbro di			
Sede	svolgimento	Codice progetto Codice monitoraggio CUP					vidimazione	Foglio n.		
Sede svolgimento Codice progetto Codice monitoraggio CUP Indirizzo Atto di ammissione a finanziamento										
	FOGLIO FIRME PRESENZE PA	RTECIPA	NTI DEL GIOF	RNO	anno _					
N.	Cognome e nome dei partecipanti	ora	Firma inizio attività	ora	Firma fine attività	Modulo formativo/Ar	dulo formativo/Argomenti aula (specificare eventuali			
1										
2						Nome e cognome doc	eente			
_						ORAR	10	Firma		
3						dalle	alle			
4						Nome e cognome				
						docente/codocente				
5						ORAR	10	Firma		
6						dalle				
7						Laboratorio_ Nome e cognome docente_				
						ORAR	10	Firma		
8						dalle	alle			
9						Nome e cognome docente/codocente				
10						ORAR	10	Firma		
11						dalle		1 11 111d		
12						Tutor	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			









13						dalle		alle	
14						dalle		alle	
Eventuali annotazioni					Totale presenze Il Direttore del corso			eorso	