

Beneficiario _____ Soggetto attuatore _____ Denominazione progetto _____ Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov. _____ Tel. _____		<i>Il Legale Rappresentante</i> _____	All. B15
ELENCO PARTECIPANTI SERVIZIO MENSA <i>(stage/laboratorio on the job, tirocinio)</i> Priorità _____ Obiettivo Specifico _____ Azione _____ Codice progetto _____ Codice monitoraggio _____ CUP _____ Atto di ammissione a finanziamento _____ Mese _____ Anno _____			
N.	Cognome e nome	Firma	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			