

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		