



(Allegato B/1)

REGIONE CAMPANIA

PROVINCIA DI: _____

CORSO DI MONITORAGGIO BECCACCIA

PROSPETTO RIEPILOGATIVO CORSO

ENTE _____

SEDE _____

AUTORIZZAZIONE _____

N° ore _____

N° giornate _____

Responsabile del Corso _____

NUMERO PARTECIPANTI	
ISCRITTI	N°
IDONEI	N°

DURATA IN ORE	
PREVISTE	N°
EFFETTIVE :	
• TEORIA	N°
• PRATICA	N°
TOTALE	N°

RIEPILOGO ATTIVITA'		
MESE	GIORNI	ORE
TOTALE		

DOCENTI/CONSULENTI INTERNI ED ESTERNI			
COGNOME E NOME	I/E	GIORNI	ORE
TOTALE			

Presenze partecipanti

N°	COGNOME E NOME	Mesi di attività												Totale presenze	
														GIORNI	ORE
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
TOTALI															

Data _____

Il Legale Rappresentante

Da consegnare a fine corso unitamente ad una copia del REGISTRO DELLE PRESENZE.