



Beneficiario _____ Soggetto attuatore _____ Denominazione progetto _____ Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov _____ Tel. _____						<i>Il Legale Rappresentante</i> _____		All. D
PERSONALE DOCENTE Asse _____ 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								