Beneficiario _____ **Soggetto attuatore** _____ **Denominazione progetto**_____ **Sede svolgimento** _____ **Indirizzo** _____ **Prov** _____ **Tel.** _____	*Il Legale Rappresentante* _____	**All. C**

PROGRAMMA FORMATIVO

Asse _____ **Obiettivo Specifico** _____ **Azione** _____

Codice progetto _____ **Codice monitoraggio** _____ **CUP** _____

Atto di ammissione a finanziamento _____

Moduli formativi	Argomenti	Ore Teoria	Ore Pratica	Ore Lab.
Totale ore				

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