



Beneficiario _____ Sede operativa _____ Indirizzo _____			Cod. Uff. _____ Cod. monitoraggio _____ CUP _____ Denominazione Corso _____ P.O. R. CAMPANIA FSE 2014/2020 - Atto di ammissione a finanziamento _____ Asse _____ Obiettivo Specifico _____ Azione _____ RIEPILOGO PRESENZE PARTECIPANTI mese di _____ anno _____																								All. H					
																											foglio n° ____					
Lezioni del mese			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Totale lezioni svolte		ANNOTAZIONI
Lezioni progressive																											Giorni					
Giorno																											Ore					
Ore di attività giornaliera																																
N°	Cognome e nome dei docenti/codocenti	Modulo Formativo	Ore effettive di attività svolte da ciascun docente/codocente																								giorni	ore				
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
Totale ore effettive di attività giornaliera svolte																																
Eventuali annotazioni _____																													Il Direttore del Corso			