



Beneficiario _____	Cod. Off. _____ Cod. monitoraggio _____ CUP _____	All. G		
Sede svolgimento _____	Denominazione Corso P.O. R. CAMPANIA FSE 2014/2020 - Atto di ammissione a finanziamento _____			
Indirizzo _____	Asse _____ Obiettivo Specifico _____ Azione _____			
RIEPILOGO PRESENZE PARTECIPANTI mese di _____ anno _____		 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	Ore di effettiva presenza giornaliera per ciascun partecipante del corso	gg	ore
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
TOTALI PRESENZE GIORNALIERE				

