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 DOCENTI 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	
Lezioni progressive																												Giorni	
Giorno																													Ore
Ore di attività giornaliere																													

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																													

ANNOTAZIONI

Eventuali annotazioni _____

Il Direttore del Corso