



Beneficiario _____ Soggetto attuatore _____ Denominazione progetto _____ Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov _____ Tel. _____	<i>Il Legale Rappresentante</i> _____	All. M
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------

ELENCO PARTECIPANTI SERVIZIO MENSA

(stage/laboratorio on the job, tirocinio)

Asse _____ Obiettivo Specifico _____ Azione _____

Codice progetto _____ Codice monitoraggio _____ CUP _____

Atto di ammissione a finanziamento _____

Mese _____ Anno _____

N.	Cognome e nome	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		