



| | | |
|---|--|---------------|
| 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 | | |