

Allegato A - FORMAT Progetto formativo
LOGO ASL

Beneficiario _____

Soggetto attuatore *(se diverso dal beneficiario)* _____

Denominazione progetto formativo *(inserire denominazione del corso di formazione)*

Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov. _____

Tel. _____

PROGRAMMA FORMATIVO

Obiettivo Specifico _____ Azione _____

Codice progetto _____ CUP _____

(Atto di ammissione a finanziamento)

(inserire estremi del provvedimento -determina-avviso, ecc..di ammissione a finanziamento al PN del Corso di formazione)

Allievi partecipanti n. _____

Durata del corso (in ore) n. _____

Data di inizio corso _____

Data di fine corso _____

Moduli formativi	Argomenti	Ore Teoria	Ore Pratica	Ore Lab.
TOTALE ORE				