

Beneficiario _____ Soggetto attuatore _____ Denominazione progetto _____ Sede svolgimento _____ Indirizzo _____ Prov. _____ Tel. _____	Il Legale Rappresentante _____	All.B5
--	-----------------------------------	---------------

PROGRAMMA FORMATIVO

Priorità _____ **Obiettivo Specifico** _____ **Azione** _____
Codice progetto _____ **Codice monitoraggio** _____ **CUP** _____
Atto di ammissione a finanziamento _____

Moduli formativi	Argomenti	Ore Teoria	Ore Pratica	Ore Lab.
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
Totale ore		0	0	0