1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beneficiario**  **Soggetto attuatore** **Denominazione progetto** **Sede svolgimento** **Indirizzo**  **Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | *Il Legale Rappresentante* | **All. B15** |
| **ELENCO PARTECIPANTI SERVIZIO MENSA*****(stage/laboratorio on the job, tirocinio)*****Priorità 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** |  |  |