

CUP _____

REGISTRO DIDATTICO COLLETTIVO

ORGANISMO DI FORMAZIONE _____

TITOLO CORSO _____

CODICE CORSO _____ EDIZIONE n. _____

- UPSKILLING Codice SAP (*) _____
 RESKILLING Codice SAP (**) _____
 FORMAZIONE DIGITALE Codice SAP C12

ELENCO DEI PARTECIPANTI

Numero progressivo	Nome e cognome	Codice Fiscale	Codice Patto di servizio riportato nell'Assegno GOL	APL /CPI di riferimento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

N.	Nome e cognome
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

DATA LEZIONE ____/____/____

INIZIO ORE ____ TERMINE ORE ____

N.	FIRMA ENTRATA	FIRMA USCITA	ORARIO DELLA LEZIONE E PROGRAMMA SVOLTO
1			ORA n. ____ Dalle ore ____ alle ore ____
2			UFC__Modulo ____ Materia ____
3			____
4			Nome e Cognome Docente ____
5			Firma Docente ____
6			ORA n. ____ Dalle ore ____ alle ore ____
7			UFC__Modulo ____ Materia ____
8			____
9			Nome e Cognome Docente ____
10			Firma Docente ____
11			ORA n. ____ Dalle ore ____ alle ore ____
12			UFC__Modulo ____ Materia ____
13			____
14			Nome e Cognome Docente ____
15			Firma Docente ____
			ORA n. ____ Dalle ore ____ alle ore ____
			UFC__Modulo ____ Materia ____

			Nome e Cognome Docente ____
			Firma Docente ____
			ORA n. ____ Dalle ore ____ alle ore ____
			UFC__Modulo ____ Materia ____

			Nome e Cognome Docente ____
			Firma Docente ____
			ORA n. ____ Dalle ore ____ alle ore ____
			UFC__Modulo ____ Materia ____

			Nome e Cognome Docente ____
			Firma Docente ____

FIRME E NOTE DEL PERSONALE INCARICATO

ALLIEVI ENTRATI IN RITARDO	_____ _____ _____
ALLIEVI USCITI IN ANTICIPO	_____ _____ _____
NOMINATIVI ALLIEVI ASSENTI	_____ _____ _____
NOTE	_____ _____ _____

FIRMA TUTOR _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____	NOTE DEL TUTOR _____ _____ _____
---	---

TOTALE PRESENTI N. ____	TOTALE ASSENTI N. ____	TOTALE ORE GIORNO N. ____	TOTALE PROGRESSIVO ORE N. ____
-------------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------------

Il Rappresentante Legale dell'Organismo di formazione

(Timbro e firma)

CONTROLLI DELL'AMMINISTRAZIONE RESPONSABILE

TIMBRO	DATA CONTROLLO ____/____/____ <input type="checkbox"/> IN SEDE <input type="checkbox"/> IN LOCO
	NOME E COGNOME _____/_____
	FIRMA _____/_____
	NOTE _____ _____ _____