

REGISTRO DIDATTICO COLLETTIVO

AGENZIA FORMATIVA _____

TITOLO CORSO _____

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

CODICE CORSO ____:____:____:____:____ (specificare l'edizione)

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				

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 _____
16			ORA n. _____ Dalle ore _____ alle ore _____
17			UFC ____ Modulo _____ Materia _____
18			_____
19			Nome e Cognome Docente _____
20			Firma Docente _____
21			ORA n. _____ Dalle ore _____ alle ore _____
22			UFC ____ Modulo _____ Materia _____
23			_____
24			Nome e Cognome Docente _____
25			Firma Docente _____
26			ORA n. _____ Dalle ore _____ alle ore _____
27			UFC ____ Modulo _____ Materia _____
28			_____
29			Nome e Cognome Docente _____
30			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 _____ FIRMA TUTOR IN AFFIANCAMENTO _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____	NOTE DEL TUTOR _____ _____ _____
FIRMA COORDINATORE _____ FIRMA COORDINATORE IN AFFIANCAMENTO _____	NOTE DEL COORDINATORE _____ _____ _____

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

CONTROLLI DELL'AMMINISTRAZIONE RESPONSABILE

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