



Spazio per la validazione

REGIONE ABRUZZO

**Dipartimento per la Salute e il Welfare - Servizio Politiche per il Benessere Sociale -
Programma Operativo Regionale Fondo Sociale Europeo 2014-2020**

“Intervento 24 -Agorà Abruzzo - Spazio Inclusivo”

Obiettivo “Investimenti in favore della crescita e dell’occupazione”

ALLEGATO 5

REGISTRO ATTIVITA’ DI ORIENTAMENTO SPECIALISTICO INDIVIDUALE

per servizi one to one

CUP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Soggetto Attuatore che eroga l’Orientamento specialistico: _____ sede di _____

Nome e Cognome del Responsabile Legale _____

Nome e Cognome operatore/i di orientamento: _____



Spazio per la vidimazione

Orientamento specialistico individuale

Nome e Cognome del destinatario: _____

Codice fiscale del destinatario: _____

Data	Ora inizio attività	Ora fine attività	N. ore	Contenuto dell'attività	Firma destinatario	Firma operatore
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				
	--:--	--:--				

Data e luogo _____

Firma del Legale Rappresentante del Soggetto Attuatore *(inserire nominativo e ruolo)*

Timbro del Soggetto Attuatore _____