Dipartimentoper la Salute e il Welfare
Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020
"Intervento 24 -Agorà Abruzzo - Spazio Incluso "

ALLEGATO 6

Registro mensile delle presenze del Tirocinante

spazio per la vidimazione

Rif. Convenzione n. _____

Stipulata il _____

Nome tirocinante _____

CUP _____

Codice tirocinio _____

Soggetto Ospitante _____

Indirizzo sede di tirocinio _____

Soggetto Promotore _____

MESE n. __	Mattino				Pomeriggio					
date	orario entrata	firma tirocinante	orario uscita	firma tirocinante	orario entrata	firma tirocinante	orario uscita	firma tirocinante	Totale ore/giorno	FIRMA TUTOR AZIENDALE
TOTALE ORE PER MESE DI TIROCINIO										