PSR PER L'UMBRIA 2014 - 2020 MISURA 1 – SOTTOMISURA 1.1 - Tipo di intervento 1.1.1 - ALLEGATO 7.1 - Relazione finale

ENTE DI FORMAZIONE	

Codice Corso		**Edizione**	
Titolo Corso			
Ulteriori specifiche titolo			
Sede			

N. ORE	

data avvio		**data fine**		**data verifica finale**	

N. partecipanti effettivi	

ELENCO PARTECIPANTI

	Cognome	Nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	codice fiscale	ore presenza	% su totale	esito verifica finale	NOTE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									

25									
26									
27									
28									
29									
30									

ELENCO DOCENTI

	Cognome	Nome	Profilo professionale	Fascia	Modulo	Materia insegnata	ore effettuate	Partecipazione alla verifica finale	NOTE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

ELENCO NON DOCENTI

	Cognome	Nome	Titolo di studio	Ruolo (coordinatore, tutor, amministrativo, ecc.)	ore effettuate	Partecipazione alla verifica finale	NOTE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Sono state utilizzate le strutture ed attrezzature indicate in progetto	

Se no, elencare le modifiche:	

Il programma didattico realizzato ha seguito fedelmente il progetto	

Se no, elencare le modifiche e le motivazioni:	

Obiettivi formativi raggiunti:	

Modalità di espletamento delle verifiche finali :	