ADDENDUM 2/19 – FNC

PIANO FORMATIVO *(riportare il titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Azienda beneficiaria *(riportare la denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

ELENCO LAVORATORI PARTECIPANTI ALLA FORMAZIONE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | C.F. (codice fiscale) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |