



COMUNE DI CAPO D'ORLANDO

(CITTÀ METROPOLITANA)

2. REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

FORMAZIONE		
Responsabile formazione _____		
Argomenti trattati _____		
Luogo _____	Data _____	Durata _____
N.	Partecipanti (<i>nome e cognome o funzione</i>)	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Data _____	Firma responsabile formazione	
Esito della formazione e modalità di valutazione _____ _____ _____		

Data _____

Firma Responsabile formazione
