ALLEGATO A9

Progetto

Dispositivo

AZIONE DI SISTEMA SPERIMENTALE PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO DI PERSONE CON DISABILITA' SENSORIALE

Ente capofila

Ente erogatore

ID Progetto

Sede progetto

Servizio erogato

Destinatario

Cognome

Nome

Codice fiscale

Tutor/Docente

Data	Attività svolta	dalle ore	alle ore	Ore	Operatore	Firma operatore	Firma destinatario