

A CURA DEL DOCENTE PROGETTISTA COORDINATORE

IMS A. CAIROLI

PROSPETTO ORE Formazione Scuola Lavoro Anno Scolastico _____

Docente _____

CLASSE	COGNOME E NOME STUDENTE	NOME PROGETTO	ENTE/AZIENDA OSPITANTE	DAL	AL	N. ORE AULA/DAD	N. ORE TIROCINIO	TOT.
								0
								0
								0
								0
								0
								0
								0
								0
								0
								0

firma _____