

## **STRUTTURA INFN:**

INFN - CORSO D	I FORMAZIONE			
periodo:	dal	al		
sede del corso:				
Docente:				
	(nome)		(cognome)	
dipendente	Qualifica		Livello	
associato	Tipo di associazione		Ente	
esterno	Qualifica			
Nato/a il	a		Prov.	
Residente in		САР	Prov.	
Via		n.	cod. fisc.	
Recapito telefonico		E-mail		
Banca				
Codice IBAN		Aliquota IRPEF		
				_

## Calendario dell'attività svolta

	lezioni teoriche		esercitazioni pratiche	
giorno	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore

## $per\ il\ personale\ dipendente\ tecnico-amministrativo:$

Attività prestata fuori dell'orario di lavo	voro.
---	-------

Attività prestata durante l'orario di lavoro.

Attività prestata durante l'orario di lavoro con successivo recupero.

Visto: Il Referente Locale per la Formazione del Personale	Il Responsabile del corso