Registro Stage

Operatore: Ass. Centro di Formazione Professionale Canossa di Lodi, via XX settembre, 7 - tel. 0371/56240
Progetto: -
Allievo:

Azienda: _____ **referente aziendale:** _____ **pag.** ____ **di** _____

Data	Mattino		Pomeriggio		Totale ore	Descrizione attività svolta	Firma allievo	Firma docente o tutor	Firma rappr. aziendale
	E	U	E	U					

RegioneLombardia

data **Il Direttore del corso (timbro e firma)** **Responsabile azienda (timbro e firma)**