ALLEGATO E

REGIONE CAMPANIA
SETTORE FORMAZIONE PROFESSIONALE
SERVIZIO VIGILANZA
ISOLA A/6 - CENTRO DIREZIONALE
80143 - NAPOLI

Ministero del Lavoro
ISPETTORATO DEL LAVORO
NAPOLI

VERBALE DI VISITA EX POST PER LA VERIFICA DEL RENDICONTO F.S.E.

PIANO DI F. P. ANNO:

SOGGETTO PROMOTORE:

SOGGETTO ATTUATORE:

INTERVENTO FORMATIVO: **Delibera n°** **del**

Autorizzazione n° **del**

Convenzione n° **del**

SEDE LEGALE: **Via:**
Città:
Tel.:
Partita Iva: **Cod.Fisc.:**

SEDE OPERATIVA: **Via:**
Città:
Tel.:

RIEPILOGO DATI FINANZIARI

Importo autorizzato/convenzionato

Importo rendicontato

Importo certificato

Erogazioni ricevute dalla Reg. Campania:
Decreto n° data

	FSE	FdR	FR	Tot
1° Acconto				
2° Acconto				
Saldo				

Allievi avviati		Allievi formati	
M	F	M	F

Eventuale eccedenza da restituire

OBIETTIVO: **ASSE:** **SUB ASSE**

COD. UFFICIO: **P.O.M.:**

DENOMINAZIONE DELL'INTERVENTO: