



LIMBAS

Avviso pubblico per la concessione di Borse di mobilità transnazionale a supporto di esperienze di formazione linguistica e professionalizzanti

Annualità 2025

P.R. FSE + Sardegna 2021/2027 - Priorità 4 Occupazione giovanile
Obiettivo specifico ESO4.1a)

ALLEGATO E

Modello registro delle presenze per corso formativo professionalizzante

Nome e cognome destinatario/a borsa	
Soggetto erogatore corso di formazione professionalizzante	
Corso di formazione professionalizzante (riportare titolo)	
Sede di svolgimento dell'attività	
Data inizio attività	
Data termine attività	
Durata (inserire totale giornate e/o ore di attività)	
Codice Univoco Limbas¹	
Composto da n. pagine	

Il presente registro dovrà essere firmato, in calce, in ogni foglio, sia dal rappresentante legale dell'Ente erogatore (o da un soggetto responsabile autorizzato interno all'Ente) sia dal/la destinatario/a della borsa.

Ai fini del computo delle ore effettivamente svolte e valide per il riconoscimento della borsa (cfr. par. 4 Avviso pubblico) si ricorda che saranno considerate giustificate soltanto le assenze che rientrano nelle seguenti fattispecie: **riposo settimanale; malattia; infortunio; maternità; maternità a rischio (ove opportuno si ricorda di allegare la certificazione medica al presente registro). Inoltre, eventuali giornate di festività del Paese in cui si svolgono le attività (festività pubblica nazionale, Santo Patrono) non saranno incluse nel monte ore/giornate.*

¹ Codice rilasciato in automatico dal sistema al momento dell'invio della domanda di partecipazione all'Avviso Limbas



ATTENDANCE REGISTER OF THE TRAINING COURSE

Name and surname of the grant recipient	
Providing entity of the training course	
Training course (title of the course)	
Place where the activity has been undertaken	
Starting date	
Termination date	
Duration* (total number of days and/or hours)	
Codice Univoco Limbas	
Number of pages	

This register must be signed, at the bottom of each sheet, both by the legal representative of the provider entity, or by other authorized person from the provider entity, and the recipient of the grant.

**In order to calculate the number of hours actually worked and valid for the recognition of the grant (see par. 4 of the public notice), please note that only absences falling within the following cases will be considered justified: weekly rest; sickness; accident; maternity; maternity at risk (where appropriate, please remember to attach the medical certificate to this register). In addition, any public holidays of the Country in which the activities take place (national public holiday, patron saint's day) will not be included in the total number of hours/days.*



Data/Date	Giorno della settimana/ Day of the week	Ore totali previste/ Total hours expected	Ore presenza/ Hours of attendance	Ore assenza/ Hours of absence	Motivazione assenza/ Reason for absence ²
				Firma responsabile:	
				Firma borsista:	

² Riposo settimanale; malattia; infortunio; maternità; maternità a rischio / Weekly rest; illness; injury; maternity; motherhood at risk



*Replicare la tabella registro sopra per ciascun mese di attività
replicate the register chart above for each month of activity

Firma responsabile:

Firma borsista:



Data chiusura registro e conclusione delle attività: ____ / ____ / ____

Luogo:

**Rappresentante legale dell'Ente erogatore o soggetto responsabile autorizzato interno all'Ente erogatore/
Legal representative of the provider entity or authorized person from the provider entity**

*Indicare nome e cognome in stampatello /
Report name and surname in capital letters*

Firma/signature

Leggibile e per esteso / readable and full

Destinatario/a della borsa / Recipient of the grant

*Indicare nome e cognome in stampatello /
Report name and surname in capital letters*

Firma/signature

Leggibile e per esteso / readable and full

