PROGRAMA ARINSER PLUS

SUBVENCIÓN PERSONAL TÉCNICO DE INSERCIÓN

MEMORIA DE ACTUACIÓN JUSTIFICATIVA

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

Nombre de la persona representante _____ de la entidad _____ con CIF _____

Periodo subvencionado ---------- Nº personas trabajadoras _____

Nombre personal técnico de Inserción _____

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

APELLIDOS Y NOMBRE	DNI/NIE	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS

En a fecha de la firma electrónica