

NOME E COGNOME 		DATA PRIMO INCONTRO /...../..... DALLE ORE ALLE ORE
RAGIONE SOCIALE 		
P.IVA / C.F. 		
COMUNE 		
VIA E N. CIVICO 		
TEL. 		
E-MAIL 		INCONTRI SUCCESSIVI DATA INCONTRO /...../..... DALLE ORE ALLE ORE FIRMA DITTA/PERSONA
ARGOMENTO TRATTATO		
		ore
<input type="checkbox"/>	INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' DEL CATT FVG <input type="checkbox"/> Agevolazioni gestite dal CATT FVG <input type="checkbox"/> Altre attività del CATT FVG <input type="checkbox"/> Altro..... <input type="checkbox"/> Documentazione consegnata:::.....	
<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA TECNICA – DIGITALIZZAZIONE <input type="checkbox"/> Consulenza su opportunità nell'ambito di "impresa 4.0" <input type="checkbox"/> Assistenza alle imprese sulle offerte della digitalizzazione <input type="checkbox"/> Altro..... <input type="checkbox"/> Documentazione consegnata:::.....	
<input checked="" type="checkbox"/>	ASSISTENZA TECNICA – CON E PER L'IMPRESA <input type="checkbox"/> Sportello accesso al credito, forme di finanza innovativa, agevolazioni pubbliche <input type="checkbox"/> Incontri formativi gratuiti <input checked="" type="checkbox"/> Sportello RIES <input type="checkbox"/> Altro..... <input type="checkbox"/> Documentazione consegnata:::.....	
<input type="checkbox"/>	INCUBATORE DI IMPRESA – INIZIO E CONTINUO <input type="checkbox"/> Servizio di informazione <input type="checkbox"/> Servizi di orientamento e tutoring <input type="checkbox"/> Altro..... <input type="checkbox"/> Documentazione consegnata:::.....	
NOTE		
FIRMA E TIMBRO 		PRESTAZIONE REALIZZATA DA: FIRMA CONSULENTE
DATA REPORT/...../.....		