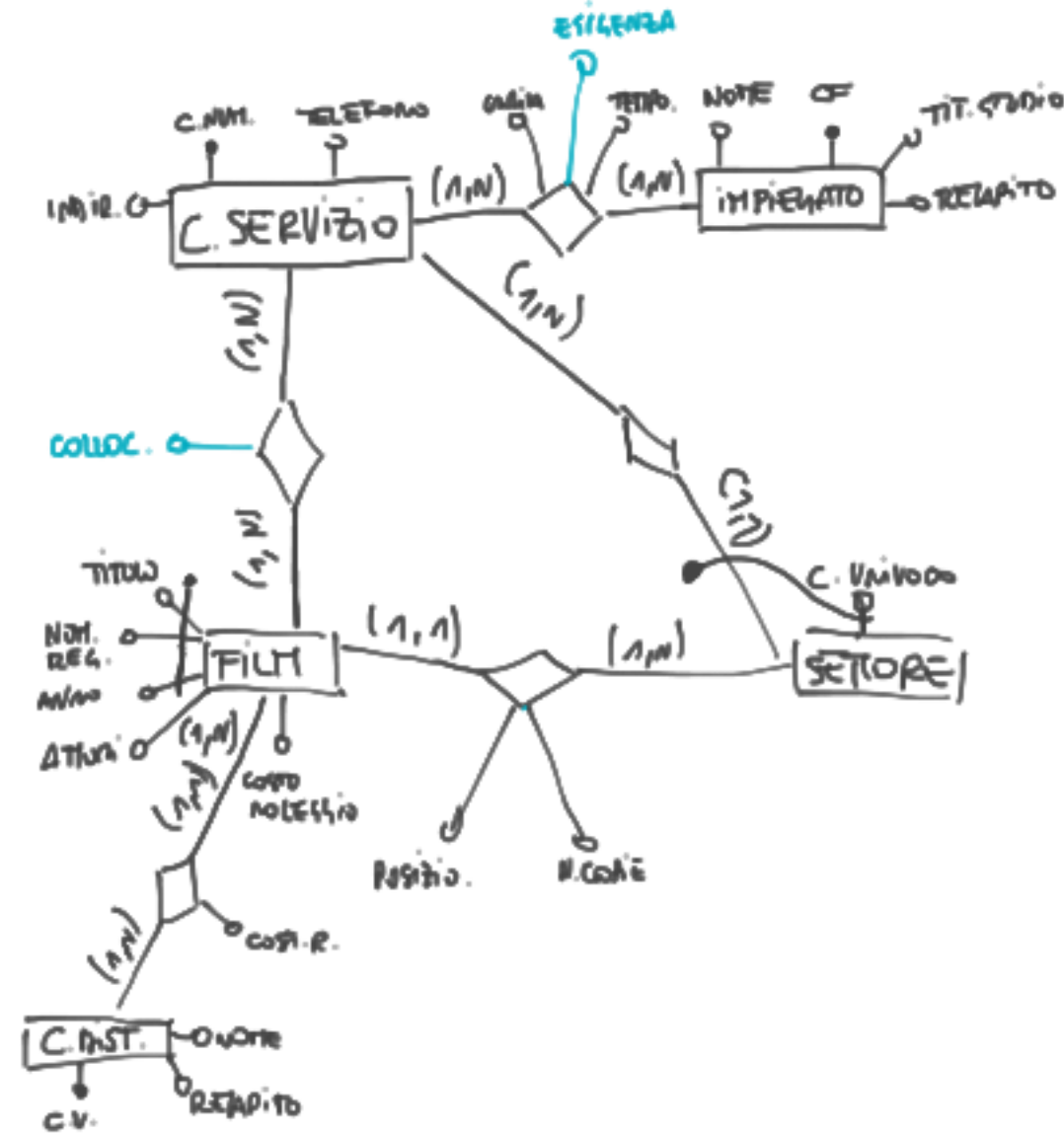


ENTITÀ	ATTEBUTI	RELAZIONI
CENTRO DI SERVIZIO	CODICE MM. INDIRIZZO N. TELEFONO C.F. NOME	FILM - SETTORE IMPIEGATO - CENTRA. S.
IMPIEGATO	TITOLO DI STUDIO RELATIVO CAPICA ESIGENZE (ID. M.) TEMPO IMP. TITOLO NOME REGISTA ANNO GIORNO FILM ATTORI	FILM - CENTRO DISTR. CENTRA. S. - FILM
FILM	RELATIVO CAPICA ESIGENZE (ID. M.) TEMPO IMP. TITOLO NOME REGISTA ANNO GIORNO FILM ATTORI	
SETTORE	RELATIVO CAPICA ESIGENZE (ID. M.) TEMPO IMP. TITOLO NOME REGISTA ANNO GIORNO FILM ATTORI	
CENTRO DISTRIBUZIONE	RELATIVO CAPICA ESIGENZE (ID. M.) TEMPO IMP. TITOLO NOME REGISTA ANNO GIORNO FILM ATTORI	



ESIGENZA: ESIGENZA IN IMPIEGATO PER LO SOSTTAMENTO

COLLOCAZIONE: COLLOCAZIONE FILM ALL'INTERNO DEL CENTRO DI SERVIZIO

