ID.4274 ALLEGATO N. 2
AL CAPITOLATO SPECIALE D'ONERI
MODULO CARTELLA PERSONALE

INTESTAZIONE GESTORE

Servizio di Assistenza Domiciliare
Ambito Territoriale Sociale n. 48

TIME SHEET - MESE DI:

Nome utente: _____

DATA	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE	NOMINATIVO OPERATORE	FIRMA OPERATORE	CONTROFIRMA FRUITORE
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			
				0.00			

TOTALE ORE 0.00.00

Timbro gestore

Responsabile del progetto/Responsabile dell'attività