

ENTE COMMITTENTE: AUSL UMBRIA 2

SERVIZIO: Sostegno Psicopedagogico per Minori CSM

COGNOME E NOME _____ QUALIFICA _____

FOGLIO DI PRESENZA MESE DI _____ ANNO _____

gg.	Turno				Extra				Sostituzione
	E	U	Firma	Ore	E	U	Firma	Ore	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
									Totale ore

Il Referente del Servizio _____

Il Coordinatore di Area _____