

ENTE COMMITTENTE: Comune di Foligno Area Istruzione

SERVIZIO: Laboratorio Sostegno allo Studio

COGNOME E NOME _____ **QUALIFICA** _____

FOGLIO DI PRESENZA MESE DI _____ **ANNO** _____

SCUOLA _____

gg.	Turno				Extra				Sostituzione
	Entra	Esce	Firma	Ore	Entra	Esce	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 Coordinatore di Area _____