

Logo Cooperativa



Consorzio per i Servizi alla Persona

Beneficiario:	
Comune di:	Mese:

Giorno	Dalle ore	Alle ore		Totale ore	Firma beneficiario	Firma operatore

Totale ore erogate nel mese di _____	Ore mensili previste: _____ Tipologia prestazione: _____
---	---

Firma Operatore
