

Allegato E

TIME CARD

TITOLO PROGETTO: **Contributi e Assistenza Domiciliare Lunigiana Ospedale e Territorio (CameLOT)**

CODICE PROGETTO S.I. FSE: **312745**

CODICE CUP: **D69G24000010006**

AZIONE 4: Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie

REPORT ORE SVOLTE DAL ___/___/___ **AL** ___/___/___

Nominativo del beneficiario del Buono servizio: Sig./Sig.ra _____

Data	Orario da ... a ...	Numero ore	Nominativo Operatore	Profilo professionale operatore	Ente di appartenenza (se del caso)	Attività svolta	Firma operatore	Firma beneficiario

Firma Operatore _____