

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 \_\_\_\_\_