Servizio di Assistenza all'Autonomia ed alla Comunicazione .
Anno Scolastico 2020-2021

Comune di Bronte

Cooperativa : _____

Nome e cognome Operatore _____ Qualifica assunzione operatore: _____

Mese ed anno di servizio _____

Data	Orario di entrata	Orario di uscita	Tot. Ore	Firma Operatore
		Totale ore mensili		

Data di consegna

Timbro e firma del legale rappresentante della Cooperativa

Timbro e firma del Dirigente scolastico