



**MODELLO B**

SCHEDA ORARIA	
BENEFICIARIO PIANO:	
RESPONSABILE DEL PROGETTO:	
SOGGETTO EROGATORE:	
OPERATORE:	
ANNO 2019 - MESE DI	

giorno	MATTINA		SERA		ATTIVITÀ SVOLTA
	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

giorno	MATTINA		SERA		ATTIVITÀ SVOLTA
	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

<b>Totale ore mensili</b>	
<b>Importo mensile</b>	

Firma dell'operatore

\_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario/Responsabile  
Progetto Home Care Premium 2019

\_\_\_\_\_

Firma/timbro del Soggetto erogatore

\_\_\_\_\_