**MODELLO B**

| **SCHEDA ORARIA** |
|---|
| **BENEFICIARIO PIANO:** |
| **RESPONSABILE DEL PROGETTO:** |
| **SOGGETTO EROGATORE:** |
| **OPERATORE:** |
| **ANNO 2022 - MESE DI** |

| **giorno** | **MATTINA** | | **SERA** | | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **TOTALE ORE** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DALLE** | **ALLE** | **DALLE** | **ALLE** | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |
| 28 | | | | | | |
| 29 | | | | | | |
| 30 | | | | | | |
| 31 | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Totale ore mensili** | |
| **Importo mensile** | |

Firma dell'operatore

_____

Firma del Beneficiario/Responsabile
Progetto Home Care Premium 2022/2025

_____

Firma/timbro del Soggetto erogatore

_____