



**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						

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

Firma dell'operatore

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Firma/timbro del Soggetto erogatore

\_\_\_\_\_