Modello B

Foglio mensile delle presenze

Intervento a domicilio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione di cui alla DGR 1001/2026

MESE _____ANNO_____

NOME e COGNOME DELL'ASSISTENTE _____

NOME e COGNOME DEL BENEFICIARIO _____

Data	ora inizio	ora fine	Totale ore attività didattica	Descrizione breve dell'attività	Firma dell'assistente	Firma del genitore richiedente l'intervento
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						

Luogo e data _____ Firma _____