



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

PROGETTI DI "VITA INDIPENDENTE" : REGISTRO/REPORT DELLE ATTIVITA' SVOLTE

Nome e cognome della persona disabile _____ Nome e cognome del datore di lavoro (se non coincide con la persona anziana) _____
 Nome e cognome dell'assistente familiare _____

MESE DI _____ 2018

GIORNO	ORA DI ARRIVO	ORA DI USCITA	TOT. ORE	FIRMA ASSISTENTE FAMILIARE	FIRMA DATORE DI LAVORO	NOTE
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						

ZONA SOCIALE 3



CITTÀ DI
ASSISI
SERAPHICA CIVITAS



COMUNE
DI BASTIA UMBRA



COMUNE
DI BETTONA



COMUNE
DI CANNARA



COMUNE
DI VALFABBRICA