



PROSPETTO RIEPILOGATIVO PRESTAZIONI RESE

ENTE EROGATORE:

TIPOLOGIA SERVIZIO: ADI A
 ADI H
 ADI PAC
 SAD A
 SAD H
 SAD PAC

MESE:

OPERATORE: OSA
 OSS

N.	ACRONIMO UTENTE	N. ORE EROGATE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

TOTALE UTENTI IN CARICO NEL MESE:

VISTO Legale Rappresentante/Coordinatore Serviz.Coop:

VISTO del Funzionario Comunale del Servizio:

NOTE: EVIDENZIARE SE CI SONO UTENTI CHE USUFRUISCONO CONTEMPORANEAMENTE DI OSA E OSS