

Dipendente: _____

Anno: _____

Mese: _____

TIPO DI SERVIZIO SVOLTO

GG.	ASS. DOM. ANZ. E DIS. S.A.D.		A.D.I.		ASS. SCOLASTICA		Totale Giorno	
	ore	min	ore	min	ore	min	ore	min
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								

Note:

**Totale
Mensile:**

ore	min

Data: ____ / ____ / ____

Firma Dipendente: _____

N.B. Si deve compilare un unico foglio riepilogativo inserendo tutte le ore svolte nel mese divise per servizio ed il totale deve corrispondere al totale delle ore di lavoro ordinario (escluse ore di ferie, festività, malattie ecc.).