



**ASSOCIAZIONE
EREI ETS
TROINA**



ENTE/ASSOCIAZIONE:
PROGETTO:
CODICE PROGETTO:
SEDE DI REALIZZAZIONE:
NOMINATIVO DEL VOLONTARIO:
LUOGO E DATA DI NASCITA:

ATTESTAZIONE PRESENZE DEL MESE DI _____ / _____

Giorno	Orario Entrata	Firma Entrata	Orario Uscita	Firma Uscita	Totale Ore	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						

RIEPILOGO PARZIALE DEL MONTE ORE IMPIEGATO

-Totale giorni di malattia certificati dall'inizio del progetto:	
-Totale giorni di permessi ordinari usufruiti dall'inizio del progetto:	
-Totale giorni di permessi straordinari SENZA limitazione di fruizione dall'inizio del progetto:	
-Totale giorni di permessi straordinari CON limitazione di fruizione dall'inizio del progetto:	
-Totale ore svolte nel presente mese:	

Il presente foglio va conservato in copia presso la sede di attuazione del progetto per eventuali controlli da parte del Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Universale.

Firma dell'OLP
