

## TIME CARD

**Progetto** \_\_\_\_\_

**Codice Progetto** \_\_\_\_\_

**Codice CUP** \_\_\_\_\_

**Attività (educatrice o ausiliario)** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Cognome** \_\_\_\_\_

Mese	N. ore	Costo orario lordo dichiarato	Denominazione Servizio per la prima infanzia
SETTEMBRE			
OTTOBRE			
NOVEMBRE			
DICEMBRE			
GENNAIO			
FEBBRAIO			
MARZO			
APRILE			
MAGGIO			
GIUGNO			
LUGLIO			
AGOSTO			

*Luogo e data*

\_\_\_\_\_

*Il dipendente*

\_\_\_\_\_

*firma*

*Il Dirigente responsabile*

\_\_\_\_\_

*firma*

\_\_\_\_\_