

**PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO
IN FAVORE DI PERSONA CON HANDICAP GRAVE**

Legge n. 162 del 21 Maggio 1998, art. 1 Lett. C

ANNUALITA' 2015

NOMINATIVO BENEFICIARIO FINANZIAMENTO: _____

NOMINATIVO OPERATORE INCARICATO : _____

MESE DI: _____ ANNO: _____

DATA	Orario entrata	Orario uscita	N° ore	Orario entrata	Orario uscita	N° ore	Tot. Ore giornaliera
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							

TOTALE ORE MENSILI : N° _____

Firma beneficiario o famiglia

Firma Operatore
