PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L.162/98 PROGRAMMA 2021 GESTIONE 2022

BENEFICIARIO: Nome_____Cognome_____
DATORE DI LAVORO : Nome_____Cognome_____
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO: Nome_____Cognome_____
LAVORATORE : Nome_____Cognome_____
Assunto con contratto Inps n°_____del_____
A tempo _____
OPPURE Dal _____al_____
Costo orario_____

MESE _____/2022 - TOTALE ORE SVOLTE _____

DATA	ENTRATA	USCITA	ORE	FIRMA LAVORATORE	FIRMA DATORE DI LAVORO