



TIME CARD PROFESSIONISTI

AZIONE **TEATRO** [] **SUPPORTO PSICOLOGICO** [] **MEDIAZIONE** [] **L2** [] **ALTRO** [] *specificare:*

PROFESSIONISTA

n. progressivo time card

ASSEGNATARIO INCARICO

DATA	Orario	TEMPO SCUOLA	TEMPO EXTRA	Tot ore	IC comprensivo	PRIMARIA	SEC I GRAD	SEC II GRAD	Nome scuola	Classe	Alunni	Tipologia di attività	Visto scuola	
													Cognome e nome	Firma
TOTALE ORE														

DATA		Firma del PROFESSIONISTA	
DATA		Visto dal COORDINAMENTO ZONALE	
DATA		Firma del DIRIGENTE (SOLO ULTIMA TIME CARD a chiusura progetto)	