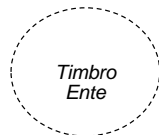


## FOGLIO MOBILE ASSISTENTE SPECIALISTICO

Timbro o logo Ente/struttura  _____	Ente: _____ Corso: Assistenza specialistica alunni disabili a.s. 2020-2021 Cod. CUP _____	Nominativo Assistente  _____
--	---	------------------------------------

Data	da ore	a ore	Classe/sezione	Nome Allievo (solo per attività individuali)	Firma Assistente	Attività svolta	Annotazioni

Foglio n° _____	Ore tot. Assistente: .....	Ore mensili svolte: .....	Residuo Ore: .....
-----------------	----------------------------	---------------------------	--------------------



\_\_\_\_\_  
Firma del Legale Rappresentante