Dipartimentoper la Salute e il Welfare
Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020
"Intervento 24 -Agorà Abruzzo - Spazio Incluso "

ALLEGATO 7

Scheda per il servizio erogato

CUP _____

Nome beneficiario _____

Soggetto erogatore del servizio _____

MESE n. __		
date	**N. ore**	**Servizio erogato**
TOTALE ORE PER MESE DI SERVIZIO EROGATO		