



Unione europea
Fondo sociale europeo



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

ORGANISMO EROGATORE _____

REGISTRO PRESENZE BUONI DI SERVIZIO

INTESTATARIA/O DEL BUONO DI SERVIZIO _____

CODICE BUONO DI SERVIZIO

TIPOLOGIA DI SERVIZIO

COLONIA DIURNA

COLONIA RESIDENZIALE

ASILO NIDO / TAGESMUTTER

ANTICIPO / POSTICIPO

ATTIVITA' CULTURALI / SPORT

ALTRO _____

BAMBINO/A FRUITORE/FRUITRICE

DEL BUONO DI SERVIZIO

DATA				ORARIO DI PRESENZA	NUM ORE	FIRME PER AVVENUTA PRESTAZIONE		NOTE
Gior.	Mese	Anno	ACCOMPAGNATORE			ENTE EROGATORE		
LUN				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
MA				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
ME				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
GIO				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
VE				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
SAB				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
DO				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
TOTALE ORE SETTIMANALI								
LUN				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
MA				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
ME				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
GIO				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
VE				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
SAB				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
DO				Dalle _____ Alle _____ e Dalle _____ Alle _____				
TOTALE ORE SETTIMANALI								

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

Il Registro deve essere compilato con estrema cura e attenzione, solo dopo aver inviato via fax la dichiarazione di "Inizio attività".

E' necessario rispettare la corretta cronologia delle giornate, pena il non riconoscimento delle ore erogate.

In caso di errata compilazione è vietato l'uso di qualsiasi **coprente** (bianchetti o altro); effettuare le correzioni in modo da poter verificare l'errore iniziale ed eventualmente utilizzare il campo note.