

RIEPILOGO MENSILE DELLE PRESENZE

PROGETTO: _____

NOME SEDE: _____

CODICE SEDE: _____

LEGENDA

- X = presente I = infortunio
 P = permesso MAT = maternità
 M = malattia F = formazione
 MNR = malattia non retribuita
 PS = permesso straordinario

COGNOME E NOME	MESE DI: _____																															Tot. P del mese (permessi)	Tot. M del mese (malattie)
	Giorni del mese																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

DA INOLTARE ESCLUSIVAMENTE VIA E-MAIL ALL'INDIRIZZO PRESENZESERVIZIOCIVILE@FAVO.IT ENTRO IL GIORNO 1 DEL MESE SUCCESSIVO.
 La firma dell'OLP deve essere autografa, pertanto possono essere inviate solo scansioni del foglio cartaceo originale.

RINUNCE

NOME E COGNOME: _____ DATA RINUNCIA: _____

FIRMA DELL'O.L.P.

NOME E COGNOME: _____ DATA RINUNCIA: _____

N.B. Il presente documento, in originale, va conservato presso la sede di servizio. Si richiede la compilazione di 1 solo riepilogo mensile per tutti i volontari della sede.