

assisteo[®]

Nome / Cognome :

Cliente :

Servizio :

Settimana dal: G/M/A

al: G/M/A

	Data	Orario da completare da parte del collaboratore						Ore da completare dall'agenzia			Indennità	
		dalle	alle		de	alle	totale	Normali	Notte	suppl.	km	Spese
Lunedì												
Martedì												
Mercoledì												
Giovedì												
Venerdì												
Sabato												
Domenica												
Totale della settimana												

Osservazioni :

Si prega di versare un anticipo.

Date:

Data e firma del collaboratore :

Copia bianca : assisteo / rosa : cliente / blu : collaboratore

Timbro, data e firma del cliente