ALLEGATO B

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE PERSONE ANZIANE (S.A.D.) E SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE PERSONE CON DISABILITÀ (S.A.D.H.)

SCHEDA DEL PERSONALE

Cognome	Nome	Qualifica Professionale	Tipologia Contratto ¹	Ore settimanali lavorative	Scadenza contratto

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Data _____

(timbro e firma)

¹C.C.N.L.; lavoro interinale; contratto con professionista o altra società (specificare società), ecc.