AFS SERVICE S.R.L.

OPERATORE:

FOGLIO ORE MESE DI_____

POSTAZIONE:

GIORNO	*ORA DI ENTRATA*	*ORA DI USCITA*	*FIRMA DIPENDENTE*	*TOT ORE*
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				
TOTALE ORE COMPLESSIVE				