F.A.V.O.
Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

RIEPILOGO MENSILE DELLE PRESENZE

PROGETTO: _____
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 INOLTRARE ESCLUSIVAMENTE VIA E-MAIL ALL'INDIRIZZO SERVIZIOCIVILE@FAVO.IT ENTRO IL GIORNO 1 DEL MESE SUCCESSIVO.
La firma dell'OLP deve essere autografa, pertanto possono essere inviate solo scansioni o foto del documento 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. E' consigliabile compilare un solo riepilogo mensile per tutti i volontari della sede.