**ALLEGATO E**

**Time-sheet mensile**

**P.S.R. Umbria 2014/2020 Misura 16.3.3 - Domanda di aiuto n.**

|  |  |
| --- | --- |
| Progetto |  |
| Beneficiario o capofila |  |
| Indicare la tipologia di contratto (dipendente a tempo indeterminato/determinato, full time/part time) |  |
| Anno |  |
| Mese |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Giorno** | **Attività** | |
| **Ore** | **Descrizione del lavoro svolto ( indicare anche l'eventuale riferimento a fase/tematica/azione/evento)** |
| 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:

Data e firma dell'unità di personale

Il sottoscritto in qualità di del Beneficiario ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 dichiara che le ore rendicontate con il presente prospetto sono state interamente ed esclusivamente dedicate alla realizzazione del progetto

oggetto di rendicontazione

# Timbro e firma