

<b>SCHEDA MENSILE CLIENTE</b>				Codice cliente							
<b>RICHIEDENTE</b>				<b>ASSISTITO</b>						età	
Sig.				Sig.ra						<input type="text"/>	
In casa		<input type="checkbox"/>		In Ospedale o struttura sanitaria		<input type="checkbox"/>		di:		<input type="text"/>	
Mese di competenza		<input type="text" value="..... /....."/>		Reparto		<input type="text"/>		Letto n°		<input type="text"/>	
DATA	COLLABORATORI	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Rimborsi	Tot Ore		
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
<b>TOT</b>											