ALLEGATO A

Schema per autocertificare i servizi prestati

ENTE PUBBLICO COMMITTENTE	**TIPO DI SERVIZIO** - assistenza per le autonomie	**ANNO SCOLASTICO**	**PERIODO** **DAL** **AL**	**NUMERO OPERATORI IMPIEGATI**	**NUMERO ORE SETTIMANALI COMPLESSIVE**	**IMPORTO CONTRATTUALE AL NETTO DELL'IVA**