Allegato L - Elenco personale impiegato per il servizio di trasporto di persone con disabilità

Numero	Nome	Cognome	titolo professionale	Kap	tipologia contratto TP/PT	Scadenza contratto	CCNL	Ore/sett. da Contratto	livello contrattuale	n° ore settimanali dedicate al servizio

Genova: …….

Il Legale Rappresentante

…….