

REGISTRO VISITATORI PORTIERATO SPAZIO COMUNE

DATA	ORA	NOMINATIVO	CONDIZIONI PER L'ACCESSO	FIRMA
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	