OPS.263.62.18a..2020 zał. nr 10

**KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI ASYSTENCKIEJ**

***„*„Gmina Sława wspiera wykluczonych”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** | **Imię i nazwisko Asystenta** |
|  |  |
| **Adres Uczestnika Projektu** | **Miesiąc, rok** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data usługi** | **Czas pracy od - do** | **Liczba godzin** | **Podpis Uczestnika Projektu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG ASYSTENCKICH: |  |  |
| Podpis Asystenta |  |  |

*Zatwierdzam wykonanie usług asystenckich w miesiącu (MM/RRRR): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Podpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_