zal. nr 11

DZIENNIK CZYNNOŚCI ASYSTENCKICH

„Niesamodzielni i niepełnosprawni mają wsparcie w Gminie Stanin”

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	
Imię i nazwisko Opiekuna	

L.p.	Data świadczenia usługi	Godz. od - do	Liczba godzin	Zakres świadczonej usługi	Uwagi	Podpis opiekuna