**Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością**

**Dziennik Realizacji Usług Asystenckich**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROGRAMU** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **DANE OSOBY ASYSTENCKIEJ** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **REALIZACJA USŁUG ASYSTENCKICH** |
| **Miesiąc** |  |
| **Data usługi** | **Godziny trwania usługi (od-do)** | **Wykonywane czynności** | **Miejsce realizacji usługi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |

………………………………………………………………………

***Podpis uczestnika projektu/ opiekuna prawnego***

……………………………………………………………………..

***Podpis osoby asystenckiej***