



FORMA WSPARCIA: *Świadczenie usług społecznych w formie asystencji osobistej dla osób niepełnosprawnych w spektrum autyzmu- mieszkańców Miasta Gdańska*

Nazwisko i imię beneficjenta:

Nazwisko i imię osoby realizującej:

Data	Czas trwania od-do	Łączna ilość godzin	Podpis osoby realizującej	Podpis beneficjenta ,rodzica/opiekuna prawnego lub pracownika SPOA	UWAGI

ŁĄCZNA ILOŚĆ GODZIN WYKONANYCH:

Załącznik do Umowy - zlecenia.....

Akceptacja wykonania

Data i podpis