Załącznik nr 3 do Umowy o świadczenie usługi, w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW WSTĘPU

(wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne)

**za miesiąc** ………………. 2025 r.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta** | **Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością** | **Rodzaj wydarzenia – nazwa** | Koszt zakupu blietu | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

.……………………………………

Data i podpis asystenta