**Zał. nr 7**

**do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie
 „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Powiatowego
- edycja 2025 ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Załącznik nr 11 do Programu
Ministra Rodziny 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 komunikacyjnych za miesiąc ………………… 2025r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta**  | **Datapobrania biletów** | **Liczba pobranych biletów**  | **Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną**  | **Cel wyjazdu**  | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 .………………………………………………….……………………
 Data i podpis Asystenta