**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** | **Data pobrania 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