

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

KARTA PRACY ZA MIESIĄC

	DATA	LICZBA GODZIN	GODZINA ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA USŁUGI (od... do....)	PODPIS OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUG
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
RAZEM				X

Podpis osoby odbierająca kartę

Podpis opiekuna

Prezydent Miasta

Grażyna Lisiecka

Magda
2