



Załącznik nr 1 do Umowy

**FORMULARZ WYKONANIA
SZKOLENIA DLA OPIEKUNÓW OSÓB WYMAGAJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM
FUNKCJONOWANIU W MIEJSCU ZMIESZKANIA
W MIESIĄCU ROKU**

Lp.	Data	Liczba godzin

podpis Wykonawcy



Załącznik nr 2 do Umowy

**KARTA PRACY
OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI***

Lp.	Data	Liczba godzin	Zakres usług	Podpis opiekuna

podpis osoby skierowanej do realizacji zamówienia

**prowadzona odrębnie dla każdej osoby objętej usługami*