

WZÓR

.....
.....
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc 2025 r.

| Lp. | Imię i nazwisko asystenta | Data pobrania/zakupu biletów | Liczba pobranych/zakupionych biletów | Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością | Cel wyjazdu | Koszt zakupu | Podpis asystenta | Uwagi (np. rodzaj biletu) |
|-----|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|-------------|--------------|------------------|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

.....
Data i podpis asystenta