**Załącznik nr 6**

|  |
| --- |
| **KARTA PRACY Z REALIZACJI SUO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA KLIENTA realizowanych w ramach programu SUO dla osób niepełnosprawnych edycja 2020 współfinansowanych z Funduszu Solidarnościowego** |
| **Imię i nazwisko uczestnika** |
| **Rodzaj usługi**  |
| Nazwa wykonawcy: |  |
| Czas pracy:  | Miesiąc: ……../2020 |
| **Szczegółowy opis wykonanych czynności** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień miesiąca | Opis czynności | Czas realizacji | Podpis uczestnika |
| od godz. | do godz. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| Data  | Podpis wykonawcy |

**PROTOKÓŁ WYKONANIA ZADAŃ I CZYNNOŚCI ZAWARTYCH W KARCIE PRACY**

**ADNOTACJA WYKONAWCY**

**Data…………………………….. Podpis wykonawcy ………………………………..**

**ADNOTACJA PRACOWNIKA SOCJALNEGO**

**Data…………………………….. Podpis pracownika socjalnego ………………………………..**

**Zatwierdzam poprawność wykonanych zadań**