Załącznik nr 3

**KARTA PRACY**

Zbiorcza ewidencja godzin i zadań realizowanych przez Zleceniobiorcę w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2019 współfinansowanego ze Środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Harmonogram spotkań ustalony indywidualnie między specjalistą a podopiecznym.

za okres : ……………………………………………

**………………………………………………………..**

Imię i nazwisko specjalisty

**……………………………………………………….**

Imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna

**………………………………………………………**

Imię i nazwisko podopiecznego

Program „Opieka Wytchnieniowa” edycja 2019, Moduł III wsparcie w zakresie nauki dietetyki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Data wizyty/kontaktu** | **Rodzaj wsparcia** | **Ilość godzin** | **Podpis członka rodziny/opiekuna** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Ogółem liczba godzin:** |  |  |

……………………………………………………

podpis Specjalisty

………………………….. × ………………......... ₌ ……………………….

Ilość zrealizowanych godzin stawka za 1 godz. razem

……………………………………………………..

data i podpis Zleceniodawcy