

WZÓR

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

**EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH**

za miesiąc ..... 2024 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Podpis asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

.....  
Data i podpis asystenta