Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby   
z niepełnosprawnością” – edycja 2025 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Spiczynie  
Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

……………………………………………………………………………….…………………………….

Adres zamieszkania

………………………………………………………………………………………………………………

**EWIDENCJA BILETÓW WSTĘPU NA WYDARZENIA KULTURALNE, ROZRYWKOWE, SPORTOWE LUB SPOŁECZNE ITP.**

za miesiąc ……………………………….2025 rok

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data zakupu biletów | Data wydarzenia | Cel zakupu biletów | Podpis uczestnika programu | Koszt biletu | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna kwota** | | | |  |  |

Data podpis asystenta……………………………………………………………………………………………………………….