

HARMONOGRAM PRACY NA MIESIĄC/2026
w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Imię i nazwisko asystenta

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Dzień	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi (od-do)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
Razem godziny:		

Podpis asystenta:

.....