Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla   
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

………………………………………………………….

Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

…………………………………………………………

Adres zamieszkania

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

za miesiąc …………………………….r.

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

…………………………………………………………………

Data i podpis asystenta