

EVIDENCA IZVEDENE OSEBNE ASISTENCE

Obrazec-sp

Izpolnil/a : _____ , Matična številka: _____
 (ime in priimek)

Št. sklenjene pogodbe o sodelovanju: _____ , z dne _____

Pri uporabnici/ku: _____ za mesec: _____ 20__

| DAN | ČAS DELA | | SKUPAJ UR | OPIS DEL IN NALOG |
|------------|----------|-------|-----------|-------------------|
| | Prihod | Odhod | | |
| 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 | | | | |
| SKUPAJ UR: | | | | |

Obrazec-evidenco po potrebi sami fotokopirajte/natisnite. Prosimo vas, da izpolnjeno in podpisano evidenco prisotnosti zadnjega v mesecu oddate na e-naslov: oa@drustvo-distrofikov.si .

Za resničnost in točnost podatkov s podpisom MATERIALNO ODGOVARJAVA:

Uporabnik/-ca: _____ Izvajalec/-ka: _____
 (podpis)

Društvo distrofikov Slovenije, Linhartova 1, LJUBLJANA
 Tel.: 01/47 20 560, 561, 562, 563, 564
 e-mail: oa@drustvo-distrofikov.si