**Zał. Nr 7 do SWZ GOPS.271.1.2024**

**MIESIĘCZNE KARTY PRACY Z REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Za okres od ……………………………………………. do ………………………………………………………………………………………

Osoba realizująca SUO (imię i nazwisko terapeuty) …………………………………………………………………………

Osoba z którą realizowana jest usługa (imię i nazwisko dziecka)………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny wizyt | | Tematyka zajęć | Czas trwania zajęć | Podpis rodzica opiekuna prawnego dziecka |
| od | do |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………

(data i podpis Wykonawcy)