**KARTA WSPARCIA**

**MOBILNY DORADCA WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO**

 **Imię i Nazwisko MDWS:** ..............................................................................................................

 **Imię i nazwisko użytkownika**: .....................................................................................................
 **Województwo:** ............................... **Powiat:** ...........................**Miesiąc:** ............... **Rok:** ..............

| **Lp.** | **Data****spotkania**(dzień – miesiąc -rok) | **Godziny spotkania (od - do)** | **Liczba godzin** | **Rodzaj wsparcia lub czynności** | **Czytelny podpis MDWS** | **Podpis użytkownika/****rodzica/****opiekuna prawnego** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |