

## Karta realizacji zadań

### Asystenta Osoby Niepełnosprawnej.

Imię i nazwisko AON .....

Imię i nazwisko odbiorcy usługi .....

#### Zakres usług.

Opis realizacji zadań w dniu ..... godz. ....

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

#### Potwierdzenie realizacji usługi

Potwierdzam, że w/w zadania zostały wykonane.

.....

*Podpis AON*

.....

*Podpis odbiorcy usługi lub opiekuna*