**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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |