



Lp.	Nazwisko i imię osoby uprawnionej	Okres wykonywania prac społ. użytecznych		Okres niewykonywania pracy, niezdolności do pracy	Ilość przepracowanych godzin przez osobę uprawnioną	Kwota do refundacji za godzinę pracy	Ogółem do refundacji	Uwagi
		Od dnia	Do dnia					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
	<b>Razem:</b>							

\_\_\_\_\_  
(opr. nazwisko i imię; nr tel.)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis Organizatora)