Załącznik nr 5

 do Programu przyjętego Zarządzeniem nr A/22/19

Prezydenta Miasta Puławy z dnia 07.02.2019 r.

**Karta potwierdzenia wykonania świadczenia zastępczego**

 **za miesiąc …………………………………….**

 Imię i nazwisko Dłużnika ..........................................................................................................................

Adres zamieszkania...................................................................................................................................

Skierowanie nr ........................ z dnia ……………………………………………………………………............................

Miejsce wykonywania świadczenia……………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data (od dnia do dnia) | Rodzaj wykonywanej czynności | Ilość przepracowanych godzin | Podpis osoby nadzorującej |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi do wykonywanej pracy ….………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ..................................................... …………………………………………….

Data i podpis kierownika Jednostki Data i podpis Dłużnika