............................... ....................................

Pieczęć gminy lub podmiotu miejscowość, data

**EWIDECNCJA WYKONYWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH 1)**

 **w miesiącu ............................. 20……r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LP** | **Nazwisko i imię** |  **Miejsce zamieszkania lub pobytu** | Numer ewidencyjny PESEL osób uprawnionych - w przypadku braku nr pesel – numery paszportów lub nazwy i numery innych dokumentów potwierdzających tożsamość | **Okres wykonywania prac społecznie użytecznych** | **Ilość godzin ~~w~~****~~m-cu~~** | Wysokość przysługującego świadczenia z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej pracy |  |
| **od dnia** | **do dnia** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ......................................................

 / data, podpis i imienna pieczątka /

 **§ 6 rozporządzenia M R,P i PS z dnia 21 grudnia 2017r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych ( Dz. U. z 2017r. poz. 2447)**