**Załącznik 5**

LISTA OBECNOŚCI

DOTYCZY OSÓB BEZDOMNYCH PRZEBYWAJĄCYCH W …………………. KIEROWANYCH Z TERENU GMINY MIKOŁÓW

Ja niżej podpisany/na własnoręcznym podpisem potwierdzam, że w miesiącu …………………………….. 2016 roku w wymienionych niżej dniach przebywałem/am w Placówce oraz korzystałem/am z pomocy w formie ………………… posiłku/posiłków\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni miesiąca** | **Podpis osoby bezdomnej** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |
| 21 |  |
| 22 |  |
| 23 |  |
| 24 |  |
| 25 |  |
| 26 |  |
| 27 |  |
| 28 |  |
| 29 |  |
| 30 |  |
| 31 |  |

\*niepotrzebne skreślić

Potwierdzam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym

………………………………………………………………………………

(data i podpis Kierownika Placówki)