……………………………… …………………………………

 (pieczątka firmowa (miejscowość, data)

 Ośrodka Pomocy Społecznej)

**LISTA OSÓB BEZROBOTNYCH BEZ PRAWA DO ZASIŁKU, KORZYSTAJACYCH ZE ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ, KTÓRE MOGĄ ZOSTAĆ SKIEROWANE DO WYKONYWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH W RAMACH PROGRAMU AKTYWIZACJA I INTEGRACJA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer PESEL** | **Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu** | **Uwagi****(informacje o stanie zdrowia)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**……………….……………………………………**

 **(podpis i pieczątka Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej)**