załącznik nr 1

Weryfikacja indywidualnego programu usamodzielnienia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

l.p.	Imię i nazwisko	Status osoby	Podpis
1.		osoba usamodzielniana	
2.		opiekun procesu usamodzielnienia – osoba wspierająca	
3.		Pracownik socjalny PCPR we Wrocławiu	

Z a t w i e r d z a m

.....
data

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR