

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ასისტენტის გადაადგილების ტაბელი

ქვეპროგრამა „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ასისტენტით მომსახურება“	
თვე და წელი:	
ასისტენტი:	
საკონტაქტო ინფორმაცია:	
ბენეფიციარის სახელი და გვარი:	
საკონტაქტო ინფორმაცია:	

ვიზიტების რაოდენობა	თარიღი	ვიზიტის დასაწყისი	ვიზიტის დასასრული	დანიშნულების ადგილი	ბენეფიციარის ხელმოწერა	ასისტენტის ხელმოწერა	შენიშვნა
I ვიზიტი							
II ვიზიტი							
III ვიზიტი							
IV ვიზიტი							
V ვიზიტი							
VI ვიზიტი							
VII ვიზიტი							
VIII ვიზიტი							