**KARTA USŁUGI PSYCHOLOGICZNEJ**

**OKREŚLENIE ŚCIEŻKI REINTEGRACJI SPOŁECZNO- ZAWODOWEJ**

Psycholog: ………………………………………………………………..……………………………………………..…

(Imię i nazwisko)

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu: …………………….………………..………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data spotkania z psychologiem** | **Godziny odbycia spotkania** | **Ilość godzin** | **Podpis**  **Uczestnika/Uczestniczki Projektu** | **Podpis psychologa** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |