***Załącznik nr 7c do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie***

*„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”*

**Protokół zdawczo-odbiorczy wypożyczanego sprzętu**

w ramach udziału w projekcie pn. **„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie- ZIT**

Imię i nazwisko Odbiorcy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL:­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsca zamieszkania:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon, e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PROPTOKÓŁ WYDANIA:** |
| Zgodnie z umową użyczenia zwartą w dniu…………… nr……………….przekazuje się Odbiorcy w dniu………………….poniżej wymieniony sprzęt:1…………………………………o nr ser./inwentarzowym…………………………………, na okres………………(miesięcy)(Uwagi………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………)Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Tuchowie w dniu wydania sprzętu przeprowadził szkolenie instruktarzowe z obsługi sprzętu i doradztwo w zakresie jego wykorzystania.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(miejscowość, data i podpis Odbiorcy) (podpis pracownika OPS w Tuchowie)* |

|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ ZWROTU:** |
| W dniu ……………….Odbiorca zwrócił wypożyczony sprzęt wymieniony w protokole wydania pkt. …………w stanie……………………………………………………(Uwagi co do zużycia lub usterek………………………………………………………….....………………………………………………………………………………………………..)Sprzęt wymaga/ nie wymaga\* naprawy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(miejscowość, data i podpis Odbiorcy) (podpis pracownika OPS w Tuchowie)* |

\* Właściwe zakreślić