

ZATWIERDZAM

.....  
(pieczęć organu, podpis z imieniem i nazwiskiem)

....., dnia..... 20 ..... r.

**PLAN**  
**ŚWIADCZEŃ OSOBISTYCH**  
**MIASTA – GMINY .....**  
**NA ROK .....**

Lp.	Nr decyzji/ wniosku	Nazwa jednostki organizacyjnej, na rzecz której świadczenie ma być wykonywane	Liczba osób, ich kwalifikacje oraz wyposażenie w proste narzędzia	Termin i miejsce stawiennictwa do wykonania świadczenia	Rodzaje i zakres prac przewidywanych do wykonania	Czas trwania świadczenia	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							

.....  
(podpis z podaniem imienia i nazwiska  
oraz stanowiska służbowego)