WERYFIKACJA DO INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA OPRACOWANEGO W DNIU ………………………………..

1. Imię i nazwisko usamodzielniającego się wychowanka: ...................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwaniezrealizowanegozadania | Przyczyny niezrealizowania | Osoba lub instytucjaodpowiedzialna zarealizację zadania |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

**Nowe wyznaczone cele i zadania do realizacji, terminy ich wykonania oraz osoby odpowiedzialne:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Cel do osiągnięcia | Podejmowane działania zmierzające od osiągnięcia celu | Termin realizacji | Osoba lub instytucjaodpowiedzialna zarealizację zadania |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

Uzasadnienie:

1. Data przeprowadzonej weryfikacji programu: .........................................................................

2. Podpis opiekuna osoby usamodzielnianej: ...............................................................................

3.Podpis osoby usamodzielnianej: ................................................................................................. ........................................................

 (Dyrektor PCPR)

WERYFIKACJA DO INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA OPRACOWANEGO W DNIU ………………………………..

1. Imię i nazwisko usamodzielniającego się wychowanka: ...................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwaniezrealizowanegozadania | Przed zmianą | Po zmianie | Osoba lub instytucjaodpowiedzialna zarealizację zadania |
| 1 |  |  |  |  |

**Nowe wyznaczone cele i zadania do realizacji, terminy ich wykonania oraz osoby odpowiedzialne:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Cel do osiągnięcia | Podejmowane działania zmierzające od osiągnięcia celu | Termin realizacji | Osoba lub instytucjaodpowiedzialna zarealizację zadania |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. Data przeprowadzonej weryfikacji programu: .........................................................................

2. Podpis opiekuna osoby usamodzielnianej: ...............................................................................

3.Podpis osoby usamodzielnianej: ................................................................................................. ........................................................

 Podpis dyrektora