STORUMANS KOMMUN
Omsorgsnämnden

Tjänstgöringsrapport
för kontaktperson

Avser månad_____

Initialer på personen___

Genomförda träffar				
Från och med		Till och med		
Datum	Klockslag	Datum	Klockslag	Övrigt

Kort beskrivning vad Ni har gjort på Era träffar:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Namn	Personnummer
Underskrift	Telefonnummer

Senast den 5:e varje månad skall tjänstgöringsrapporten vara, Storumans Kommun, Omsorgsnämnden, 923 81 Storuman, tillhanda för att utbetalning av arvode/ersättningen ska kunna ske.