

Lista uczestników, którym będzie wypłacone świadczenie integracyjne
za **okres próbny** w centrum integracji społecznej

za miesiąc i rok.....

L.p.	Nazwisko i imię uczestnika	Data rozpoczęcia okresu	Przewidywana kwota świadczenia integracyjnego wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne		
			Kwota świadczenia integracyjnego	Wysokość składki na ubezpieczenia społeczne	Razem
Podsumowanie					

.....
pieczętka i podpis kierownika
centrum integracji społecznej