

Data	Rodzaj działania	Ilość godzin	Osoba potwierdzająca
<b>Suma godzin:</b>			

CENTRUM WOLONTARIATU  
 CARITAS ARCHIDIECEZJI KRAKOWSKIEJ  
 ul. M. Ossowskiego 5, 30-656 Kraków  
 Tel.: +48 (12) 637 07 12 wew. 113  
 e-mail: [wolontariat.krakow@caritas.pl](mailto:wolontariat.krakow@caritas.pl)  
[www.krakowcaritas.pl](http://www.krakowcaritas.pl)



Porozumienie nr \_\_\_\_\_

## Dzienniczek wolontariusza CW

\_\_\_\_\_  
 (Imię i Nazwisko)

\_\_\_\_\_  
 (Podłużna pieczęć organizacji)

\_\_\_\_\_  
 (Opiekun wolontariusza)

Razem wolontariusz wypracował:

Podpis opiekuna:

\_\_\_\_\_  
 (Data rozpoczęcia dzienniczka)

\_\_\_\_\_  
 (Data zakończenia dzienniczka)



