*Załącznik nr 8 do Regulaminu udziału w projekcie „****Dobre Wsparcie - system lokalnych usług społecznych”.***

LISTA OBECNOŚCI UCZESTNIKÓW NA SZKOLENIU   
 dla opiekunów faktycznych osoby niesamodzielnej oraz osoby świadczące usługi społeczne w społeczności lokalnej i kandydatów do pełnienia tych funkcji

w ramach projektu pn.

„Dobre Wsparcie - system lokalnych usług społecznych”

(Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K006/17)

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego, Priorytet VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym

|  |  |
| --- | --- |
| Ilość godzin szkolenia: |  |
| Termin szkolenia: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |