Załącznik Nr 13 *do Regulaminu udziału w projekcie „****Dobre Wsparcie - system lokalnych usług społecznych”.***

Lista obecności opiekunów faktycznych na spotkaniu grupy samopomocowej w ramach projektu pn. Dobre Wsparcie - system lokalnych usług społecznych” (Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K006/17-00) realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego, Priorytet VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce spotkania: |  | Liczba godzin: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | termin spotkania:  ……………………… | termin spotkania:  …………………….. | termin spotkania:  …………………….. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |