**Projekt**

**„Samodzielni!”**

**Potwierdzenie wykonania usługi szkoleniowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Beneficjenta | Stowarzyszenie MOST |
| Numer umowy o dofinansowanie projektu | POWR.01.02.01.24-067/2 |
| Szkolenie……………………………– …………… godzin  Data wykonania |  |
| Liczba zrealizowanych godzin /procentowy udział | Szkolenie |
| Liczba zrealizowanych godzin /procentowy udział  Informacje o uczestniku projektu |  |
|  |
| Nazwisko i imię | |
| Numer umowy z uczestnikiem projektu |  |
| Adres zameldowania |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

Potwierdzam wykonanie usługi szkoleniowej.

…………………………………………. …………………………………………………..

podpis trenera podpis uczestnika projektu

………………………………………………….

podpis pracownika Biura Projektu