

ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA

Zaświadcza się, że Pan/Pani.....
(imię i nazwisko Uczestnika projektu)
przebywa w placówce/ jest podopiecznym¹:

.....

.....

(pełna nazwa i adres Placówki)

Nie ma przeciwwskazań do pozostanie w/w osoby w placówce przez cały okres realizacji projektu.

Zaświadczenie wydane zostaje na potrzeby projektu *Dobre wsparcie na starcie*”, realizowanego przez Fundację Inicjatyw Menedżerskich w celu potwierdzenia faktu przebywania w/w osoby w placówce funkcjonującej na terenie województwa lubelskiego.

Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PIECZĄTKA I PODPIS DYREKTORA PLACÓWKI

¹ Niewłaściwe skreślić

