**LISTA OBECNOŚCI**

**potwierdzająca udział w szkoleniu**

pt.:,,………………………………………….”

Realizowanym w ramach projektu

 ,, Kompleksowa aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością szansą na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia III”

Imię i nazwisko uczestnika/czki szkolenia : …………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny szkolenia(od – do)  | Ilość godzin (60min) | Czytelny podpis uczestnika szkolenia | Czytelny podpis trenera |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ŁĄCZNA ILOŚĆ GODZIN |  |
| Potwierdzam odbiór materiałów szkoleniowych: | ………………………....(podpis uczestnika/czki) |

**Egzamin końcowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin | Podpis osoby egzaminującej |
|  |  |

………………………………….

 (podpis i pieczęć instytucji szkoleniowej)