**DZIENNIK ZAJĘĆ\_LISTA OBECNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT** | **Fundacja Imago** |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **Centrum Włączenia Społecznego 4.0** |
| **NUMER PROJEKTU** | **FEDS.09.01-IP.02-0058/23** |
| **OKRES REALIZACJI PROJEKTU** | **01.01.2024 – 30.06.2026** |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA |  |
| GODZINY/od..do…/ | 8 godzin szkoleniowych/od … do …./ |
| Miejsce szkolenia |  |
| TEMATY SZKOLENIOWE/dzień 1/ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU | POTWIERDZAM ODBIÓR MATERIAŁÓW SZKOLENIOWYCH I CATERINGU | PODPIS |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| Trener: imię i nazwisko oraz podpis |  |  |
| Zaakceptował: Realizator projektu - imię i nazwisko, stanowisko w projekcie oraz podpis |  |  |