**LISTA OBECNOŚCI NA SUPERWIZJI INDYWIDUALNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Superwizora:**  |  |
| **Imię i Nazwisko AOON:** |  |
| **Miejsce realizacji wsparcia:**  | ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE, ul. Melioracyjna 3. |

*Podpisując listę obecności potwierdzam swój udział w superwizji indywidualnej*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Data superwizji** | **Czas trwania superwizji (od - do); Ilość godzin** | **Podpis AOON** | **Podpis Superwizora** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |