*Załącznik nr 3 do* Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w pilotażu instrumentów wsparcia w projekcie “Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

Dokumentacja form wsparcia

**WZÓR LISTY OBECNOŚCI**

NAZWA INSTRUMENTU: ................................................................................................................

WOJEWÓDZTWO: .........................................................................................................................

FORMA WSPARCIA: ......................................................................................................................

DATA I MIEJSCE: .........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Potwierdzam udział w ww. formie wsparcia  | Potwierdzam odbiór materiałów szkoleniowych\* | Potwierdzam odbiór cateringu w przerwie kawowej\* | Potwierdzam odbiór obiadu\* | Potwierdzam odbiór kolacji\* | Potwierdzam odbiór noclegu\* | Liczba noclegów, z których korzystałem/am\* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Jeżeli zostały przewidziane dla pilotażu instrumentu