**LISTA OBECNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU KORZYSTAJĄCEGO ZE WSPARCIA PRAWNIKA – OPIEKUNOWIE FAKTYCZNI**w ramach projektu: ***„Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim”***współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 - 2027
Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 8.24 Usługi społeczne i zdrowotne
Wartość projektu: 4 033 787,25
Wartość dofinansowania Funduszy Europejskich: 3 428 719,16

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię Uczestnika Projektu |  |
| Za miesiąc |  |
| Data | Godziny | Czas pracy | Podpis Uczestnika Projektu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W (miesiąc wsparcia i rok) UP skorzystał z (ilość godzin) godzin wsparcia prawnika.

………………………………………………………
 podpis osoby zatwierdzającej

Uwagi: ……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………