

KARTA UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię i nazwisko:

PESEL:

FORMA WSPARCIA	DATA REALIZACJI WSPARCIA	MIEJSCE REALIZACJI FORMY WSPARCIA (adres)	POTWIERDZAM REALIZACJĘ FORMY WSPARCIA	INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE	PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
POŚREDNICTWO PRACY		Powiatowy Urząd Pracy w Zakopanem			
DORADZTWO ZAWODOWE		Powiatowy Urząd Pracy w Zakopanem			



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

STAŻ					
STAŻ					
STAŻ					

Imię, nazwisko, telefon (opiekun stażysty), godziny realizacji wsparcia (odbywania stażu)
od..... do.....