*Załącznik nr 8 do Regulaminu udziału w projekcie „****Region Dobrego Wsparcia”.***

**Szkolenie dla opiekunów faktycznych osoby niesamodzielnej/osób świadczących usługi społeczne w społeczności lokalnej/kandydatów do pełnienia tych funkcji**

**w ramach projektu „Region Dobrego Wsparcia”**

Lista obecności

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba godzin szkolenia: | 8 |
| Termin szkolenia: |  |
| Miejsce szkolenia: |  |
| Prowadząca szkolenie: | Aneta Banek-Tabor  ……………………………………..  podpis |

Lista potwierdza obecność na szkoleniu, odbiór materiałów dydaktycznych, zestawu do sprawowania opieki, skorzystanie z zapewnionego cateringu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Podpis | Temperatura [0C] |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |