*Załącznik nr 4 do Regulaminu poradnictwa psychologicznego*

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PORADNICTWA PSYCHOLOGICZNEGO**

w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko Uczestnika: |  | | |
| 1. PESEL: |  | | |
| 1. Terminy porad psychologicznych: | L.p. | Data (dzień, miesiąc, rok) : | Godziny (od …. do …): |
| 1) |  |  |
| 2) |  |  |

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że skorzystałem z porad psychologicznych w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników* w okresie i terminach wskazanych w powyższej Tabeli.

……………………………….. ……………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika projektu)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam, że wykonałem usługę poradnictwa psychologicznego / w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników* w okresie i terminach wskazanych w powyższej Tabeli.

……………………………….. ……………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis Wykonawcy usługi)