*Załącznik nr 3*

**POTWIERDZENIE REALIZACJI WSPARCIA DORADCY ZAWODOWEGO**

w ramach projektu *Reorientacja zawodowa zwalnianych pracowników*:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko uczestnika:
 |  |
| 1. Terminy konsultacji ustalone z doradcą zawodowym:
 | L.p. | Data (dzień, miesiąc, rok) : | Godziny (od …. do …): |
| 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
| n |  |  |

 OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Oświadczam, że skorzystałem ze wsparcia doradcy zawodowego na potrzeby utworzenia Indywidualnego Planu Działania w okresie i terminach wskazanych w powyższej Tabeli.

……………………………….. ……………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam, że wykonałem usługę wsparcia doradcy zawodowego na potrzeby utworzenia Indywidualnego Planu Działania w okresie i terminach wskazanych w powyższej Tabeli.

……………………………….. ……………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis Wykonawcy usługi)