



OŚWIADCZENIE

o doświadczeniu zawodowym uczestnika projektu „Family Constellation Program”

Ja niżej podpisany/a

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU (NIE! OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

.....;

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA PROJEKTU

.....;

(adres zamieszkania)

W związku z udziałem w projekcie „Family Constellation Program”, nr projektu POWR.05.03.00-00-0067/18, realizowanym przez Beneficjenta GRUPA PROFESJA Sp. z o.o., ul. Sieradzka 4c, 60 – 163 Poznań, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oświadczam, iż wykonując swoją pracę zawodową

WPISAĆ UDOKUMENTOWANĄ LICZBĘ LAT DOŚWIADCZENIA (ZGODNIE Z ZAŁ. DOKUMENTAMI)

..... posiadam:

(prosimy wpisać liczbę lat doświadczenia zawodowego)

NALEŻY ZAZNACZYĆ
WŁAŚCIWE, ZGODNIE
Z PRZEDŁOŻONYMI
PRZEZ UCZESTNIKA
PROJEKTU
DOKUMENTAMI DOT.
JEGO STAŻU PRACY

- doświadczenie zawodowe w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
 doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i osobami w wieku powyżej 65lat. *

*odpowiednie zaznaczyć

NIE UZUPEŁNIAĆ

.....

Miejscowość i data

PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU (NIE! OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

.....

Czytelny podpis