# INFORMACJA O POTRZEBACH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

# ZWIĄZNYCH Z REALIZACJĄ STAŻU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki | |  | |
| PESEL | |  | |
| Wnioskuję o sfinansowanie następujących kosztów niezbędnych do realizacji stażu: | | | |
| 1 | zwrot kosztów dojazdu na staż | |  |
| 2 | zwrot kosztów zakwaterowania | |  |
| 3 | zapewnienie opieki nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub dziećmi do lat 7 | |  |

……………………………………………………………….

Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu