**INFORMACJA O POTRZEBACH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU,**

**ZWIĄZNYCH Z REALIZACJĄ SZKOLENIA**

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

……………………………………………………………….

Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu