**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