**LISTA OBECNOŚCI**

potwierdzająca poddanie się weryfikacji efektów uczenia się

…………………………………………………………..

*(tytuł usługi)*

*…………………………………………………………..*

*(termin i miejsce usługi)*

*…………………………………………………………..*

*(Wykonawca usługi)*

w ramach Projektu Przepis na Rozwój – kompetencje kadr podmiotów BUR

nr Projektu FERS.01.03-IP.09-0050/24

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Imię i nazwisko uczestnika | Potwierdzam fakt udziału w weryfikacji efektów uczenia: | | | |
| dd-mm-rr | | dd-mm-rr | |
| od gg:mm | do gg:mm | od gg:mm | do gg:mm |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

…………………………………………

podpis trenera