MIEJSCE ORAZ DATA WYSTAWIENIA:

…………………………………………………..

**ZAŚWIADCZENIE**

potwierdzające ukończenie usługi rozwojowej przez Uczestnika/czkę

…………………………………………………………..

*(Imię i nazwisko)*

…………………………………………………………..

*(pesel)*

ukończył usługę rozwojową

w ramach Projektu Przepis na Rozwój – kompetencje kadr podmiotów BUR

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

1. Tytuł Usługi rozwojowej:…………………………………………………………………..
2. Data świadczenia Usługi rozwojowej:…………………………………………………...
3. Liczba godzin Usługi rozwojowej:………………………………………………………..
4. Nabyte przez Uczestnika/ Uczestniczkę projektu efektów uczenia się lub innych osiągniętych efektów Usługi rozwojowej:………………………….……………………
5. Dane Odbiorcy wsparcia (przedsiębiorcy):……………………………………………..
6. Dane Wykonawcy usługi:…………………………………………………………………
7. Kod kwalifikacji w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji zgodny z kodem wskazanym w Karcie Usługi rozwojowej, jeżeli Uczestnik/ Uczestniczka projektu nabył tę kwalifikację: ……………………………………………………………………...

Potwierdzam, że ww. Uczestnik/czka uczestniczył/ła w co najmniej 80% zajęć Usługi rozwojowej.

Potwierdzam, że ww. Uczestnik/czka został/a poddany/a weryfikacji osiągnięcia/nieosiągnięcia efektów uczenia się w formie przewidzianej w Karcie Usługi rozwojowej tj. ………………………

Potwierdzam, że ww. Uczestnik/Uczestniczka przeszłą pozytywną/negatywną walidację i wypracował/ła / nie wypracował/ła wartości dodanej, tj. osiągnięcia celów rozwojowych w postaci nabycia/podniesienia kompetencji/kwalifikacji wskazanych   
w Indywidualnym Planie Rozwoju i Karcie Usługi Rozwojowej.

Efekty usługi były/nie były walidowane przez inną osobę/instytucję niż osoba prowadząca usługę.

*Data i podpis/y TRENERA/TRENERÓW*

*…………………………………… ………………………………………..*

*…………………………………… ………………………………………..*

*Data i podpis/y OSOBY WALIDUJĄCEJ/OSÓB WALIDUJĄCYCH EFEKTY USŁUGI*

*…………………………………… ………………………………………..*

*…………………………………… ………………………………………..*