Załącznik nr 2/1 do umowy.

 **Karta realizacji wsparcia indywidualnego**

|  |  |
| --- | --- |
| Partner\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wsparcia\* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko uczestnika: |  | PESEL: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nr spotkania | data | liczba godzin | godziny | temat spotkania | prowadzący | podpis prowadzącego | podpis uczestnika |
| od | do |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| okres realizacji | liczba godzin | inne działania podejmowane przez prowadzącego wsparcie w ramach realizacji usługi (np. analiza testów, przygotowanie diagnozy, kontakt z innymi pracownikami/podmiotami w imieniu klienta) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data i miejscowość |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SUMA: |  | Podpis osoby sporządzającej: |  |

\*dane muszą być zgodne z danymi zawartymi w aktualnym wniosku o dofinansowanie projektu.

Załącznik nr 2/2 do umowy.

**Raport podsumowujący realizację wsparcia indywidualnego**

|  |  |
| --- | --- |
| Partner\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wsparcia\* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| id | Imię i Nazwisko osób skierowanych | Data udzielonego wsparcia  | liczba godzin udzielonego wsparcia |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| .. |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Liczba uczestników którzy zrealizowali wsparcie:  |  |  |
| Suma liczby godzin udzielonego wsparcia uczestnikom: |  |  |

Sporządził/zatwierdził: …………………………………………………………………………..

 *Podpis i pieczęć*

\*dane muszą być zgodne z danymi zawartymi w aktualnym wniosku o dofinansowanie projektu.