*Załącznik nr 11b do Regulaminu Konkursu*

**KARTA PRACY DORADCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent  |  |
| Uczestnik projektu |  |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej kartę |  |
| Stanowisko | Doradca |
| Nazwa usługi |  |
| Miesiąc/rok |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dzień | Liczba godzin | Opis czynności |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| **SUMA** |  |  |

|  |
| --- |
| Potwierdzam, ze wymienione powyżej usługi zostały zrealizowane we wskazanym czasie i zakresie. |
|

|  |
| --- |
| ……………………………………………….……………………………….. |
| Data, czytelny podpis Uczestnika projektu - osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa (zgodnie z dokumentami rejestrowymi)  |

 |
| ……………………………………………….……………………………….. | ……………………………………………….……………………………….. |
| Data, podpis osoby wypełniającej kartę | Data, podpis Beneficjenta |

**KARTA PRACY TRENERA**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent  |  |
| Uczestnik projektu  |  |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej kartę |  |
| Stanowisko | Trener |
| Nazwa usługi |  |
| Miesiąc/rok |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dzień | Liczba godzin | Opis czynności |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| **SUMA** |  |  |

|  |
| --- |
| Potwierdzam, ze wymienione powyżej usługi zostały zrealizowane we wskazanym czasie i zakresie. |
|

|  |
| --- |
| ……………………………………………….……………………………….. |
| Data, czytelny podpis Uczestnika projektu - osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa (zgodnie z dokumentami rejestrowymi) |

 |
|  |  |
| ……………………………………………….……………………………….. | ……………………………………………….……………………………….. |
| Data, podpis osoby wypełniającej kartę | Data, podpis Beneficjenta |

**KARTA PRACY PSYCHOLOGA**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent  |  |
| Uczestnik projektu |  |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej kartę |  |
| Stanowisko | Doradca  |
| Nazwa usługi |  |
| Miesiąc/rok |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dzień | Liczba godzin | Opis czynności |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| **SUMA** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Potwierdzam, ze wymienione powyżej usługi zostały zrealizowane we wskazanym czasie i zakresie. |
|

|  |
| --- |
| ……………………………………………….……………………………….. |
| Data, czytelny podpis Uczestnika projektu - osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa (zgodnie z dokumentami rejestrowymi) |

 |
| ……………………………………………….……………………………….. | ……………………………………………….……………………………….. |
| Data, podpis osoby wypełniającej kartę | Data, podpis Beneficjenta |