**Załącznik nr 6 do Regulaminu Projektu pilotażowego**

pn. *„System weryfikacji predyspozycji zawodowych jako*

*instrument pomocy osobom nieaktywnym zawodowo”*

**Lista obecności Uczestnika Projektu pilotażowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i pieczęć akredytowanego Przedsiębiorcy | | | |
| Nr KUPONU na Test zawodu ………………..  Data wydania …………………………..  Data rozpoczęcia realizacji Testu zawodu: ……………………………………….  Imię i nazwisko Obserwatora: ……………………………………………………………… | | | |
| L.p. | Data - dzień/miesiąc/rok | Podpis Obserwatora | Podpis Opiekuna |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

………………………………………….

Pieczęć imienna i podpis Przedsiębiorcy