



Szkolenie asystenta w ramach Projektu

Wielkopolskie Centrum Wspierania Niezależności MÓJ ASYSTENT 4

Imię i nazwisko asystenta:

Adres asystenta:

Potwierdzam ze zostałem/am przeszkolony/a w zakresie pełnienia roli asystenta
w ramach projektu **Wielkopolskie Centrum Wspierania Niezależności MÓJ ASYSTENT 4**

.....

podpis asystenta

**WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI
MÓJ ASYSTENT 4**