



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Szkolenie asystenta w ramach Projektu

Wielkopolskie Centrum Wspierania Niezależności MÓJ ASYSTENT 5

Imię i nazwisko asystenta:

Adres asystenta:

Potwierdzam że zostałem/am przeszkolony/a w zakresie pełnienia roli asystenta
w ramach projektu **Wielkopolskie Centrum Wspierania Niezależności MÓJ ASYSTENT 5**

.....

podpis asystenta

**WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI
MÓJ ASYSTENT 5**
