



Załącznik nr 3:

Zaświadczenie - JST

Projekt „Podniesienie kompetencji przedstawicieli podmiotów tworzących i prowadzących instytucje opieki nad dzieckiem do lat 3 w województwie kujawsko-pomorskim.”

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa instytucji i adres)

ZAŚWIADCZENIE

Pan/Pani :

(imię i nazwisko)

jest delegowany przez:

.....
(nazwa jednostki samorządu terytorialnego)*

na szkolenie w ramach projektu „Podniesienie kompetencji przedstawicieli podmiotów tworzących i prowadzących instytucje opieki nad dzieckiem do lat 3 w województwie kujawsko-pomorskim.”

.....
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej