



ZESTAWIENIE WSPRACIA PSYCHOLOGICZNEGO

w ramach Projektu „Aktywizacja Dolnośląskiego Rynku Pracy – IV edycja”
nr FEDS.07.04-IP.02-0004/23

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Projektu:

Indywidualny numer zgłoszeniowy:

Imię i nazwisko psychologa:.....

Lp.	Data	Godziny, w których odbywa się doradztwo	Liczba godzin wsparcia	Czytelny podpis psychologa	Podpis Uczestnika projektu
1.					
2.					
3.					