Imię i Nazwisko Kielce, dnia Data

imię i nazwisko Stażysty/ki

Wydział / kierunek studiów

Wydział / kierunek studiów

**Oświadczenie**

dotyczące sytuacji uczestnika projektu w okresie do czterech tygodni   
po zakończeniu stażu w ramach projektu

|  |
| --- |
| Status osoby: |
| nabyła kompetencje |
| uzyskała kwalifikacje |
| kontynuuje kształcenie |
| inne |

**Oświadczam**, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.

………..………………………………………………

Czytelny podpis stażysty/tki