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