

SPRAWOZDANIE MIESI CZNE BENEFICJENTKI (wzór)

1. Imię i nazwisko Beneficjentki
2. Nazwa stanowiska pracy
3. Zakres zadań /czynności na stanowisku:

lp	Zakres zadań /czynności zawodowych wykonywanych na stanowisku
1	
2	
3	

.....
podpis Beneficjentki

.....
podpis i pieczęć Pracodawcy



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Pracuj cała mama” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Biuro projektu „Pracuj cała mama”: tel. 48 81 536 10 97 /96 e-mail: praca@irp-fundacja.pl