…………………………………………………………….

(imię i nazwisko wykonującego)

**Załącznik do faktury / umowy zlecenia**

Nr …………………..……… z dnia ……………………………

Niniejszym stwierdzam, że praca określona w ww. umowie została wykonana w ramach projektu „Po zdrowie razem - wdrożenie modelu i uruchomienie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży dla Ochoty, Śródmieścia i Ursusa” nr **POWR.04.01.00-00-DM10/20** zgodnie z wypełnioną tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data wykonania** | **Rodzaj terapii \*** | **Ilość godzin** | **Nazwisko i imię uczestnika** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Łączna ilość godzin terapii indywidualnych**  **Dotyczy Zadania nr 3 poz. 54** | |  | |
| **Łączna ilość godzin terapii rodzinnych**  **Dotyczy Zadania nr 3 poz. 55** | |  | |
| **Łaczna ilość godzin wsparcia psychospołecznego**  **Dotyczy Zadania nr 3 poz. 57** | |  | |

………………………………………………………

*Podpis wykonującego pracę*

*Stwierdzam wykonanie pracy*

…………………………………………………………

*Podpis przyjmującego pracę*

*\*terapia indywidualna - TI*

*\*terapia rodzinna – TR*

*\*wsparcie psychospołeczne – WPS*