

**Projekt FEDS.07.05 - „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA - Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami
- aktywna integracja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami w WTZ i ZAZ”**

Wałbrzych, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczamy, że p., zamieszkała/y w

....., jest (wybrać właściwe)

- uczestnikiem zajęć w Warsztatach Terapii Zajęciowej, prowadzonych przez
.....
- pracownikiem Zakładu Aktywności Zawodowej, prowadzonego
przez

Pieczęć nagłówkowa z nazwą WTZ/ZAZ

Pieczęć i podpis dyrektora/kierownika WTZ/ZAZ