Załącznik nr 2 do SOPU

Załącznik dot. uczestników projektu do Listy sprawdzającej - dotyczy kontroli nr …… projektu nr …… pn. …….

Lp	Imię i nazwisko	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	Data rozpoczęcia udziału w projekcie wg SL2014	Data zakończenia udziału w projekcie	Obszar grupy docelowej (fakultatywnie)	Rodzaj wsparcia	Niepełnosprawność (tak/nie) (fakultatywnie)	Dokumenty	Czy spełnia kryteria grupy docelowej? (tak/nie)	Uwagi
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										