



Załącznik 3

.....  
Miejscowość, data

**Wykaz posiadanego doświadczenia\* w realizacji szkoleń zawodowych dla osób niepełnosprawnych**

L.P.	Termin realizacji szkolenia	Nazwa przeprowadzonego szkolenia zawodowego oraz rodzaj certyfikacji	Podmiot, na rzecz którego przeprowadzono szkolenie i certyfikację oraz dane teleadresowe
1			
2			

.....  
(pieczęci i podpis Wykonawcy)