



**Załącznik nr 10 do Regulaminu**

Kraków dnia .....

Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Olszańska 5 31-513 Kraków

**USPRAWIEDLIWIENIE NIEOBECNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU**  
w ramach projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o.o”  
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach  
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 –  
2020  
9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,  
Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,  
Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie  
Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0006/18

**DATA NIEOBECNOŚCI:**

.....

**OPIS SYTUACJI:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis uczestnika projektu lub osoby zgłaszającej nieobecność

**ZATWIERDZAM:** nieobecność usprawiedliwiona/ nieobecność nieusprawiedliwiona\*

.....  
Kierownik Projektu

\*Niepotrzebne skreślić