



Spolufinancováno
Evropskou unií

jihomoravský kraj



POTVRZENÍ KVALIFIKOVANÉHO ODBORNÍKA

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

Výše jmenovaný/á je osobou s mentálním postižením lehkého
a středního stupně nebo v jeho kombinaci s tělesným postižením.

ANO - NE *

*nehodící škrtněte

Datum:

Razítko a podpis: