



## LISTA OBECNOŚCI

Szkolenie dla pracowników z komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.

Tytuł szkolenia: „Komunikacja z osobami ze szczególnymi potrzebami”.

### **Zakres szkolenia:**

Program szkolenia zgodnie z załącznikiem nr 4 do Standardu Dostępności AOS.

Data szkolenia: .....

Lp.	Imię i Nazwisko	Podpis pracownika
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Podpis prowadzącego szkolenie: .....