**OCENA POTRZEB I PREDYSPOZYCJI DOKONANA PRZEZ PRACOWNIKA OPS**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………….………………………

Nr formularza zgłoszeniowego: …………………………………….………………………

Data wpływu formularza zgłoszeniowego:…………………………………………..…

**Dodatkowe kryterium dostępu -** Czy dla kandydata zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług o charakterze społecznym?

|  |  |
| --- | --- |
| Tak  | Nie |

|  |
| --- |
| OCENA POTRZEB I PREDYSPOZYCJI DOKONANA PRZEZ PRACOWNIKA OPS |
|  |

…………………………………………………………….. …………………………………………………………

Data i Podpis Pracownika OPS Data i Podpis Uczestnika projektu