Legionowo, dnia ………………………………….2019 r.

…………………………………..

Imię i nazwisko

…………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………

…………………………………..

Nr telefonu

Dyrektor

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Legionowie

Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mnie do uczestnictwa w projekcie „Start w samodzielność” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Legionowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

…………………………….

podpis