

.....
(pieczęćka organizacji)

....., dnia 2024 r.
(miejsowość)

**WYKAZ OSÓB, Z KTÓRYMI ZOSTAŁY ZAWARTE UMOWY W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA NIEODPŁATNEGO
PORADNICTWA OBYWATELSKIEGO LUB/I PROWADZENIA MEDIACJI na terenie Wałbrzycha w 2025 roku**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Numer i data uzyskania zaświadczenia o odbyciu szkolenia	Data uzyskania zaświadczenia o odbyciu kursu doszkalającego z zakresu poradnictwa obywatelskiego	Rok wpisu na listę mediatorów

1. Oświadczam świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego, że dane wymienione w powyższej tabeli są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że posiadam umowy zawarte z w/w osobami na świadczenie nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego lub/i mediacji na terenie miasta Wałbrzycha.
3. Oświadczam, że wszystkie w/w osoby spełniają wymogi ustawowe niezbędne do świadczenia nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego w 2025 r.

1.
(imię i nazwisko) (podpis osoby uprawnionej)

2.
(imię i nazwisko) (podpis osoby uprawnionej)

*W tabeli można dodawać kolejne wiersze w przypadku większej liczby osób