# Intyg gällande mottagen information om deltagande i [projektnamn], [2X-0XX-SXX]

Härmed intygar jag att jag har fått information om att jag deltar i ovanstående projekt, som medfinansieras av Europeiska unionen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift

## Fylls i av projektet:

Vårdnadshavare har informerats [ ]