*Załącznik nr 1 do umowy*

*Lista uczestników zadanie nr 2-usługa rehabilitacyjna typu masaż w ramach projektu pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej pracowników JST w Starostwie Powiatowym
w Jędrzejowie”.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika projektu** | **Pesel** | **Ilość godzin w ramach usługi rehabilitacyjnej- masaż** |
| 1 | …………………………………….. |  | 10 |
| 2 | …………………………………….. |  | 10 |
| 3 | …………………………………….. |  | 10 |
| 4 | …………………………………….. |  | 10 |
| 5 | …………………………………….. |  | 10 |
| 6 | …………………………………….. |  | 10 |
| 7 | …………………………………….. |  | 10 |
| 8 | …………………………………….. |  | 10 |
| 9 | …………………………………….. |  | 10 |
| 10 | …………………………………….. |  | 10 |
| 11 | …………………………………….. |  | 10 |
| 12 | …………………………………….. |  | 10 |
| 13 | …………………………………….. |  | 10 |
| 14 | …………………………………….. |  | 10 |
| 15 | …………………………………….. |  | 10 |
| 16 | …………………………………….. |  | 10 |
| 17 | …………………………………….. |  | 10 |
| 18 | …………………………………….. |  | 10 |
| 19 | …………………………………….. |  | 10 |
| 20 | …………………………………….. |  | 10 |
| 21 | …………………………………….. |  | 10 |
| 22 | …………………………………….. |  | 10 |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika projektu** | **Pesel** | **Ilość godzin w ramach usługi rehabilitacyjnej- masaż** |
| 23 | …………………………………….. |  | 10 |
| 24 | …………………………………….. |  | 10 |
| 25 | …………………………………….. |  | 10 |
| 26. | …………………………………….. |  | 10 |
| 27 | …………………………………….. |  | 10 |
| 28 | …………………………………….. |  | 10 |
| 29 | …………………………………….. |  | 10 |
| 30 | …………………………………….. |  | 10 |
| 31 | …………………………………….. |  | 10 |
| 32 | …………………………………….. |  | 10 |
| 33 | …………………………………….. |  | 10 |
| 34 | …………………………………….. |  | 10 |
| 35 | …………………………………….. |  | 10 |
| 36 | …………………………………….. |  | 10 |
| 37 | …………………………………….. |  | 10 |
| 38 | …………………………………….. |  | 10 |
| 39 | …………………………………….. |  | 10 |
| 40 | …………………………………….. |  | 10 |
| 41 | …………………………………….. |  | 10 |
| 42 | …………………………………….. |  | 10 |
| 43 | …………………………………….. |  | 10 |
| 44 | …………………………………….. |  | 10 |
| 45 | …………………………………….. |  | 10 |
| 46 | …………………………………….. |  | 10 |
| 47 | …………………………………….. |  | 10 |
| 48 | …………………………………….. |  | 10 |
| 49 | …………………………………….. |  | 10 |
| 50 | …………………………………….. |  | 10 |
| 51 | …………………………………….. |  | 10 |
| 52 | …………………………………….. |  | 10 |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika projektu** | **Pesel** | **Ilość godzin w ramach usługi rehabilitacyjnej- masaż** |
| 53 | …………………………………….. |  | 10 |
| 54 | …………………………………….. |  | 10 |
| 55 | …………………………………….. |  | 10 |
| 56 | …………………………………….. |  | 10 |
| 57 | …………………………………….. |  | 10 |
| 58 | …………………………………….. |  | 10 |
| 59 | …………………………………….. |  | 10 |
| 60 | …………………………………….. |  | 10 |
| 61 | …………………………………….. |  | 10 |
| 62 | …………………………………….. |  | 10 |
| 63 | …………………………………….. |  | 10 |
| 64 | …………………………………….. |  | 10 |
| 65 | …………………………………….. |  | 10 |
| 66 | …………………………………….. |  | 10 |
| 67 | …………………………………….. |  | 10 |
| 68 | …………………………………….. |  | 10 |
| 69 | …………………………………….. |  | 10 |
| 70 | …………………………………….. |  | 10 |
| 71 | …………………………………….. |  | 10 |
| 72 | …………………………………….. |  | 10 |
| 73 | …………………………………….. |  | 10 |
| 74 | …………………………………….. |  | 10 |
| 75 | …………………………………….. |  | 10 |
| 76 | …………………………………….. |  | 10 |