

RAR:s diarienummer

Återrapport om tillfälliga kompetenshöjande insatser

(Återrapport skickas till förbundet senast en månad efter insatsens genomförande, tillsammans med fakturaunderlag)

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn:** | **Datum:**  |
|  |
| **Antal deltagare vid insatsen (deltagarlista bifogas):** |
| **Beskriv resultat utifrån syfte och mål angivet i ansökan:** |
| **Beskriv hur insatsen förväntas komma RAR:s målgrupper till godo:** |

|  |
| --- |
| **Underskrift av insatsägaren:** |
| **Namnförtydligande:**  |
| **Ort och datum:** |

SAMORDNINGSFÖRBUNDET RAR SÖRMLAND

kontakt@rarsormland.se • [www.rarsormland.se](http://www.rarsormland.se/) 1