

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