**Återrapport om tillfälliga kompetenshöjande insatser**

(Återrapport skickas till förbundet senast 1 månad efter insatsdatum)

|  |  |
| --- | --- |
| **Insatsens namn:** | **Datum för insatsen:** |
| **Antal deltagare vid insatsen:** | |
| **Beskriv resultat utifrån syfte och mål angivet i ansökan:** | |

|  |
| --- |
| **Underskrift av representant från insatsägaren:** |
| Ort och datum |
| Representant från insatsägare (namn) |
| Representant från insatsägare (namnförtydligande) |
| E-post |