

**Skema 3: Budget for hele projektperioden**

**Sundhedsplejebesøg de 1.000 første dage hos familier i udsatte positioner og i dagtilbud**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Projektets lokale titel: |  |
| 2. Regnskabsansvarlig: | Navn: |
| Tlf.nr.: |
| E-mail: |
| 3. Revisor: |  |
|  | Aktivitets-omfang  | Timetal og sats | Beløb i kr. | Noter |
| 4. Projektledelse/-deltagelse: |  |  |  |  |
| 5. Uddannelse, kurser, konferencer o. lign.,Herunder kursusudgifter til COS-P |  |  |  |  |
| 6. Udvikling af materialer og/eller konkrete værktøjer/metoder: |  |  |  |  |
| 7. Rejser og transport inkl. opholdsudgifter: |  |  |  |  |
| 8. Serviceydelser, herunder konsulentbistand til oplæg mv.: |  |  |  |  |
| 9. Administration, revision: |  |  |  |  |
| 10. Andet: |  |  |  |  |
| **ANSØGT BELØB I ALT:** |  |  |  |  |