

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Gr. IV

Nazwa Beneficjenta	Centrum Doskonalnienia Kadr Ewa Perlińska
Numer projektu	FESL.07.02-IZ.01-063F/23
Tytuł projektu	"W stronę niezależnego życia"
Numer i nazwa Zadania*	Wyznaczenie ścieżki reintegracji wraz z opracowaniem Indywidualnej Ścieżki Reintegracji
Rodzaj wsparcia**	indywidualne
Nazwa wsparcia***	Wyznaczenie ścieżki reintegracji

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi****	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	ulica i nr	Od godz.	Do godz.			
22.02.2025	Wyznaczenie ścieżki reintegracji	Myszków	ul.Gruchla 16	08:00	20:00	12	Monika Bąk	4

***należy wskazać nazwę wsparcia określoną we wniosku o dofinansowanie projektu, np. tytuł szkolenia, zakres doradztwa, nazwę seminarium itp.

****należy wskazać rodzaj usługi wynikający z wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie teoretyczne/szkolenie praktyczne, doradztwo indywidualne/doradztwo grupowe itp.