

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Centum Doskonalenia Kadr Ewa Perlińska
Numer projektu	FESL.07.02-IZ.01-063F/23
Tytuł projektu	W stronę niezależnego życia
Numer i nazwa Zadania*	Zadanie Monitoring i Podsumowanie IŚR
Rodzaj wsparcia**	indywidualne
Nazwa wsparcia***	Monitoring i Podsumowanie IŚR gr.1

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.			
30.08.2025	Monitoring IŚR	Częstochowa	Al.NMP 51/9	08:00	20:00	12	Katarzyna Pasoń	4
01.09.2025	Monitoring IŚR	Częstochowa	Al.NMP 51/9	08:00	14:00	6	Katarzyna Pasoń	2
02.09.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	Al.NMP 51/9	08:00	14:00	6	Katarzyna Pasoń	6

***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.