

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 z Podsumowaniem IŚR
Rodzaj wsparcia**	indywidualne
Nazwa wsparcia***	Monitoring z Podsumowaniem IŚR gr.2

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.			
02.06.2025	Monitoring IŚR	Myszków	ul. Koziegłowska 35 A	08:00	12:00	4	Katarzyna Pasoń	2
03.06.2025	Monitoring wraz z Podsumowaniem IŚR	Myszków	ul. Koziegłowska 35 A	08:00	12:00	4	Katarzyna Pasoń	2

***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.