

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 Podsumowanie IŚR
Rodzaj wsparcia**	indywidualne
Nazwa wsparcia***	Podsumowanie IŚR gr.7

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.			
11.08.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	09:00	15:00	6	Ewelina Podsiedlik	6
19.08.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	11:00	3	Ewelina Podsiedlik	3
25.08.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	11:00	13:00	2	Ewelina Podsiedlik	2
26.08.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	09:00	10:00	1	Ewelina Podsiedlik	1

***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.