

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 4 Grupowe szkolenie zawodowe
Rodzaj wsparcia**	grupowe
Nazwa wsparcia***	Grupowe szkolenie zawodowe

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.			
09.04.2025	Grupowe szkolenie zawodowe Pracownik Administracyjno-Biurowy	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	13:00	6	Ilona Janiszewska-Jejda	12
11.04.2025	Grupowe szkolenie zawodowe Pracownik Administracyjno-Biurowy	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	13:00	6	Ilona Janiszewska-Jejda	12
14.04.2025	Grupowe szkolenie zawodowe Pracownik Administracyjno-Biurowy	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	13:00	6	Ilona Janiszewska-Jejda	12
15.04.2025	Grupowe szkolenie zawodowe Pracownik Administracyjno-Biurowy	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	13:00	6	Ilona Janiszewska-Jejda	12
16.04.2025	Grupowe szkolenie zawodowe Pracownik Administracyjno-Biurowy	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	13:00	6	Ilona Janiszewska-Jejda	12

***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.