

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.3

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.			
14.05.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	16:00	8	Jolanta Pawlik	6
14.05.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.106	15:00	18:00	3	Agnieszka Rorat	3
15.05.2025	Podsumowanie IŚR	Częstochowa	ul. Kawia 4/16 s.306	08:00	12:00	4	Jolanta Pawlik	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.