

Wzór harmonogramu realizacji wsparcia

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn
Numer projektu	FELU.08.01-IP.02-0122/23
Tytuł projektu	W kierunku reintegracji
Numer i nazwa zadania ^[1]	Zadanie 4. Warsztaty kompetencji społecznych
Forma wsparcia ^[2]	Warsztaty kompetencji społecznych

Data (dd.mm.rrrr)	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi ^[3]		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię	Liczba uczestników	Imię i nazwisko uczestnika/czki projektu
	Miejscowość	Ulica i nr budynku	Od godz.	Do godz.			i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera		(dot. zajęć indywidualnych)
03.12.2024	Krasnystaw	ul. Mostowa 35	08:00	14:00	6	4	Urszula Tubek	7	
04.12.2024	Krasnystaw	ul. Mostowa 35	08:00	14:00	6	4	Urszula Tubek	7	
05.12.2024	Krasnystaw	ul. Mostowa 35	08:00	14:00	6	4	Urszula Tubek	7	
06.12.2024	Krasnystaw	ul. Mostowa 35	08:00	14:00	6	4	Urszula Tubek	7	
09.12.2024	Krasnystaw	ul. Mostowa 35	08:00	14:00	6	4	Urszula Tubek	7	

^[1] należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu,

^[2] należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, staż, praktyki zawodowe,

^[3] planując harmonogram wsparcia należy uwzględnić przerwy w realizacji zajęć.