

SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM UDZIELANIA WSPARCIA / DZIAŁAŃ W PROJEKCIE

Nazwa Beneficjenta: **CONSULTOR SP. Z O.O.**

Nr projektu: **POWR.01.05.01-00-0111/20**

Tytuł projektu: **Aktywizacja=Praca bez barier**

Lp.	Rodzaj wsparcia/ działania (w przypadku szkoleń, spotkań, posiedzeń - dokładna nazwa szkolenia)	Data udzielania wsparcia / działania	Godziny udzielania wsparcia / działania	Dokładny adres realizacji wsparcia / działania	Nazwa wykonawcy (np. w przypadku szkoleń, konferencji...) / osoby do kontaktu w sprawie wydarzenia/działania	Planowana liczba uczestników
1	Poradnictwo zawodowe z IPD	04.01.2023	8:00-10:05	ul. K. Szymanowskiego 3/58, Kielce	Jan Duda	2
2	Poradnictwo zawodowe z IPD	05.01.2023	8:00-10:05	ul. K. Szymanowskiego 3/58, Kielce	Jan Duda	2

Prezes Zarządu

03.01.2023 *Jan Duda*

.....
Data i podpis osoby sporządzającej
zatwierdzającej
Adam Jaroszek

Data i podpis osoby sporządzającej