

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 udzielenia wsparcia / działania	Godziny udzielenia 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	06.05.2023	9:00-13:15	ul.Kilińskiego 1, Opatów	Adriana Dorozuk	4
2	Poradnictwo zawodowe z IPD	08.05.2023	18:00-20:05	ul.Paderewskiego 14 Kielce	Klára Sikora	2

05.05.2023 *Dorota Horak*

Data i podpis osoby sporządzającej

Prezes Zarządu

.....
Data i podpis osoby
zatwierdzającej **Grzegorz Adam Jarnszek**