

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 kontakty w sprawie wydarzenia/działania	Planowana liczba uczestników
1	Pośrednictwo pracy	28.01.2023r.	9:00-13:10	ul. Paderewskiego 14, 25-000 Kielce	Halina Sikora	2

Prezes Zarządu

28.01.2023 *Daweta*.....

Data i podpis osoby sporządzającej

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