

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	7Cubes sp. z o.o.
Numer projektu	FEWP.06.12-IP.01-0012/23
Tytuł projektu	Praca-klucz do integracji
Numer grupy	Grupa 1
Numer i nazwa Zadania*	Zadanie 5. Wsparcie integracyjne
Rodzaj wsparcia**	Wsparcie integracyjne
Nazwa wsparcia***	Indywidualne

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi****	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
13.12.2024	Wsparcie integracyjne	Poznań	Nieszawska 13C	08:00	11:00	3	GR1/FEWP.06.12-IP.01-0012/23	Artur Kapiński	1

*należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu

**należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, doradztwo, konferencja, seminarium, zajęcia dydaktyczne/wychowawcze, staż, praktyki zawodowe itp.

***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.