



HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

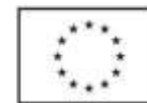
Nazwa Beneficjenta	Fundacja Heros
Numer projektu	POWR.01.05.01-00-0094/20
Tytuł projektu	„Bez barier zawodowych!”
Numer i nazwa Zadania*	Trener pracy
Rodzaj wsparcia**	Doradztwo indywidualne
Nazwa wsparcia***	Trener pracy

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.				

02.11.2021	Trener pracy	Kielce	Tobrucka 19, 25-220 Kielce	9.00	13.00	4	-	Anna Wodzińska	1
------------	--------------	--------	-------------------------------	------	-------	---	---	----------------	---

03.11.2021	Trener pracy	Kielce	Tobrucka 19, 25-220 Kielce	9.00	13.00	4	-	Anna Wodzińska	1
------------	--------------	--------	-------------------------------	------	-------	---	---	----------------	---

22.11.2021	Trener pracy	Kielce	Tobrucka 19, 25-220 Kielce	9.00	13.00	4	-	Anna Wodzińska	1
------------	--------------	--------	-------------------------------	------	-------	---	---	----------------	---



26.11.2021	Trener pracy	Kielce	Tobrucka 19, 25-220 Kielce	9.00	13.00	4	-	Anna Wodzińska	1
30.11.2021	Trener pracy	Kielce	Tobrucka 19, 25-220 Kielce	9.00	13.00	4	-	Anna Wodzińska	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