



HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	IT CONSULTING sp. z o.o.
Nazwa Partnera	Fundacja Akademia Rozwoju
Numer projektu	RPMP.08.02.00-12-0061/20
Tytuł projektu	"Kompleksowa akcja zawodowa aktywizacja!"
Numer i nazwa Zadania*	1. Identyfikacja indywidualnych potrzeb UP z opracowaniem Indywidualnego Planu Działania (IPD) - aktualizacja
Rodzaj wsparcia**	doradztwo
Nazwa wsparcia***	indywidualne spotkania z doradcą zawodowym

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi****	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator	Liczba uczestnikó w
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.			
2021-01-04	doradztwo	Gorlice	ul. 11 Listopada 27	08:00	18:00	10	Gr. 2	10
2021-01-05	indywidualne	Gorlice	ul. 11 Listopada 27	08:00	18:00	10	Gr. 2	10

*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, praktyka

***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.