



## 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.			
2021-03-02	doradztwo	Limanowa	ul. Piłsudskiego 20/21	08:00	18:00	10	Gr. 3	10
2021-03-03	indywidualne	Limanowa	ul. Piłsudskiego 20/21	08:00	18:00	10	Gr. 3	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.