



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*	4. Szkolenia zawodowe
Rodzaj wsparcia**	szkolenie zawodowe
Nazwa wsparcia***	szkolenie zawodowe

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi****	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator	Liczba uczestników
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.			
2020-12-14	szkolenie zawodowe	Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-15		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-16		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-17		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-18		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-21		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-22		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-23		Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10

2020-12-28	Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-29	Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-30	Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	10
2020-12-31	Bobowa	ul. Węgierska 1	08.00	15.00	8	Gr. 1	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, praktyki za

***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.