HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Ośrodek Szkoleniowy MAXIMUS Tomasz Brzeski
Numer projektu	FEWM.09.03-IZ.00-0067/23
Tytuł projektu	Warmińsko-mazurska integracja
Numer i nazwa zadania[1]	ZADANIE 1 Analiza problemów i potrzeb oraz opracowanie Indywidualnego Planu Wsparcia
Rodzaj wsparcia[2]	Wsparcie indywidualne
Numer grupy	1

Data (dd.mm.rrrr)	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi[3]		Liczba godzin	Imię i nazwisko osoby prowadzącej	Liczba uczestników
	Miejscowość	Ulica i nr budynku	Od godz.	Do godz.			
31.01.2025	11-034 Stawiguda	Rybaki 5	8:30 15:00	14:30 21:00	12	Małgorzata Birkholz	6
01.02.2025	11-034 Stawiguda	Rybaki 5	8:30 15:00	14:30 21:00	12	Małgorzata Birkholz	6
04.02.2025	11-034 Stawiguda	Rybaki 5	8:30 15:00	14:30 21:00	12	Małgorzata Birkholz	6
05.02.2025	11-034 Stawiguda	Rybaki 5	8:30 15:00	14:30 21:00	12	Małgorzata Birkholz	6

[1] należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu,

[2] należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, staż, praktyki zawodowe,

[3] planując harmonogram wsparcia należy uwzględnić przerwy w realizacji zajęć.