

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	MC Soft
Numer projektu	FESL.07.02-IZ-01-062H/23
Tytuł projektu	„Nie pozwól się wykluczyć!”
Numer i nazwa Zadania*	Zadanie Monitoring IŚR
Rodzaj wsparcia**	Indywidualne
Nazwa wsparcia***	Monitoring IŚR gr.5

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi****	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	ulica i nr	Od godz.	Do godz.			
20.09.2025	Monitoring IŚR	Zabrze	Ks. Bończyka 25	08:00	20:00	12	Magdalena Kotlarz	4
22.09.2025	Monitoring IŚR	Zabrze	Ks. Bończyka 25	08:00	20:00	12	Magdalena Kotlarz	4
23.09.2025	Monitoring IŚR	Zabrze	Ks. Bończyka 25	08:00	14:00	6	Magdalena Kotlarz	2

***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.