

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 Podsumowanie IŚR
Rodzaj wsparcia**	Indywidualne
Nazwa wsparcia***	Podsumowanie 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.			
23.09.2025	Podsumowanie IŚR	Zabrze	Ks. Bończyka 25	14:00	20:00	6	Magdalena Kotlarz	6
24.09.2025	Podsumowanie IŚR	Zabrze	Ks. Bończyka 25	08:00	12:00	4	Magdalena Kotlarz	4

***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.