

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Agencja Rozwoju Społeczno – Gospodarczego Sp. z o.o
Numer projektu	RPLU.11.01.00-06-0045/16-00
Tytuł projektu	Kamienie milowe w rehabilitacji społeczno – zawodowej osób z niepełnosprawnością
Numer i nazwa Zadania*	Zadanie 2 Reintegracja i rehabilitacja społecznozawodowa realizowana głównie przez ZAZ, WTZ, CIS, KIS.
Rodzaj wsparcia**	szkolenie
Nazwa wsparcia***	Warsztaty motywacyjne

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi****	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
06.02.2017	warsztaty	Łęczna	ul. Krasnystawska 52	7.15	13.45	8	warsztaty motywacyjne I grupa	Katarzyna Kuzioła	10
08.02.2017	warsztaty	Łęczna	ul. Krasnystawska 52	7.15	13.45	8	warsztaty motywacyjne I grupa	Katarzyna Kuzioła	10
RAZEM						16			

*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 zawodowe itp.

***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.

Członek Zarządu
Ewa Karpiuk