

## HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Cityschool Sp. z o.o.
Numer projektu	FEWP.06.12-IP.01-0011/23
Tytuł projektu	<b>Nowa szansa</b>
Numer grupy	Grupa 2
Numer i nazwa Zadania*	Zadanie 2. Wsparcie psychologiczne
Rodzaj wsparcia**	Doradztwo psychologiczne
Nazwa wsparcia***	Grupowe

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.				
27.09.2024	doradztwo grupowe	Poznań	Nieszawska 13C	08:00	12:00	5	GR2/FEWP.06.12-IP.01-0011/23	Ewelina Treler	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 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.