



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Cityschool Sp. z o.o.
Numer projektu	FEWP.06.12-IP.01-0011/23
Tytuł projektu	Nowa szansa
Numer grupy	Grupa 5
Numer i nazwa Zadania*	Zadanie 8. Wsparcie tłumacza
Rodzaj wsparcia**	Zadanie 1. Diagnoza potrzeb i potencjału Uczestnika/-czki Projektu
Nazwa wsparcia***	Indywidualne

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.				
10.05.2025	wsparcie tłumacza zajęcia indywidualne	Kalisz	Serbinowska 1a	8:00	10:00	2	GR5/FEWP.06.12-IP.01-0011/23	Yuliia Fedyshchenko	1
10.05.2025	wsparcie tłumacza zajęcia indywidualne	Kalisz	Serbinowska 1a	10:00	12:00	2	GR5/FEWP.06.12-IP.01-0011/23	Yuliia Fedyshchenko	1

*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.