

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	FUNDACJA RE NON RERBIS
Numer wniosku	ROB/10276
Tytuł projektu	AKCJA -INTEGRACJA
Numer i nazwa Zadania ¹	TRENING UMIEJĘTNOŚCI PSYCHOSPOŁECZNYCH
Rodzaj wsparcia ²	TRENING UMIEJĘTNOŚCI PSYCHOSPOŁECZNYCH
Nazwa wsparcia ³	TRENING UMIEJĘTNOŚCI PSYCHOSPOŁECZNYCH

Grupa 1

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi ⁴	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestnikó w
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
07.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	10.00	14.00	4	1	Monika Dzioba	10
08.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	10.00	14.00	4	1	Monika Dzioba	10
09.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	10.00	14:00	4	1	Monika Dzioba	10
10.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	10:00	14:00	4	1	Monika Dzioba	10
Grupa2									
11.07.2025	Trening	Lublin	Górska 7	10:00	14:00	4	2	Monika Dzioba	10

	umiejętności psychospołecznych								
14.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	15:00	19:00	4	2	Monika Dzioba	10
15.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	15.00	19.00	4	2	Monika Dzioba	10
16.07.2025	Trening umiejętności psychospołecznych	Lublin	Górska 7	15.00	19.00	4	2	Monika Dzioba	10

¹ należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu.

² należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, doradztwo, konferencja, seminarium, zajęcia dydaktyczne/wychowawcze, staż, praktyki zawodowe itp.

³ należy wskazać nazwę wsparcia określoną we wniosku o dofinansowanie projektu, np. tytuł szkolenia, zakres doradztwa, nazwę seminarium itp.

⁴ należy wskazać rodzaj usługi wynikający z wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie teoretyczne/szkolenie praktyczne, doradztwo indywidualne/doradztwo grupowe itp.