

## HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Fundacja Inicjatyw Regionalnych
Numer projektu	FELU.10.06-IZ.00-0086/23
Tytuł projektu	AKCJA CYFRYZACJA !
Numer i nazwa Zadania <sup>1</sup>	Zadanie nr 3 Wsparcie mentoringowe
Rodzaj wsparcia <sup>2</sup>	Wsparcie mentoringowe
Nazwa wsparcia <sup>3</sup>	Wsparcie mentoringowe

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi <sup>4</sup>	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.				
10.06.2024	Wsparcie mentoringowe	Puławy	Sosnowa 17	9.00	12.00	3	3	Karolina Kwapisz	1
12.06.2024	Wsparcie mentoringowe	Puławy	Sosnowa 17	9.00	12.00	3	3	Karolina Kwapisz	1
17.06.2024	Wsparcie mentoringowe	Puławy	Sosnowa 17	8.00	17.30	9	3	Karolina Kwapisz	3
18.06.2024	Wsparcie mentoringowe	Puławy	Sosnowa 17	8.00	17.30	9	3	Karolina Kwapisz	3
19.06.2024	Wsparcie mentoringowe	Puławy	Sosnowa 17	8.00	17.30	9	3	Karolina Kwapisz	3

<sup>1</sup> należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu.

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

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

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

Planowane terminy wsparcia mogą ulec zmianie z powodu działania czynników losowych, potrzeb zgłaszanych przez uczestników projektu oraz ich zmiennej dyspozycyjności czasowej.