HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	Centrum Szkoleniowe NORTON
Numer projektu	**FELU.08.01-IP.02-0045/24**
Tytuł projektu	**Równe szanse! Edycja 2**
Numer i nazwa zadania[1]	ZAD. 1. Diagnoza sytuacji problemowej i opracowanie Indywidualnej Ścieżki Reintegracji
Rodzaj wsparcia[2]	Indywidualne
Nazwa wsparcia[2]	**Indywidualne spotkania z psychologiem**

Data (dd.mm.rrrr)	Miejsce realizacji usługi	Godziny prowadzenia usługi[3]	Liczba godzin	Numer grupy/	Imię i nazwisko osoby	Liczba uczestników	Imię i nazwisko uczestnika/czki projektu

[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, staż, praktyki zawodowe,

[3] planując harmonogram wsparcia należy uwzględnić przerwy w realizacji zajęć.

	Miejscowość	Ulica i nr budynku	Od godz.	Do godz.		identyfikator szkolenia	prowadzącej/ trenera		(dot. zajęć indywidualnych)
23.10.2026	Lublin	Długa 5/143	8:00	10:00	2		J.W.	1	L2/8.1/26/011
23.10.2026	Lublin	Długa 5/143	10:00	12:00	2		J.W.	1	L2/8.1/26/028
23.10.2026	Lublin	Długa 5/143	12:30	14:30	2		J.W.	1	L2/8.1/26/030
24.10.2026	Lublin	Długa 5/143	8:00	10:00	2		J.W.	1	L2/8.1/26/038
24.10.2026	Lublin	Długa 5/143	10:00	12:00	2		J.W.	1	L2/8.1/26/024
24.10.2026	Lublin	Długa 5/143	12:30	14:30	2		J.W.	1	L2/8.1/26/040
24.10.2026	Lublin	Długa 5/143	14:30	15:30	1		J.W.	1	L2/8.1/26/045