

Załącznik nr 7 Szczegółowy harmonogram udzielania wsparcia/działań w projekcie

SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM UDZIELANIA WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta: PLUSK POLSKA Sp. z o. o. Sp. k.

Nr Projektu: FEPK.07.04-IP.01-0095/23

Tytuł Projektu: Szansa na lepsze jutro!

Za okres: 07.11.2024 r. – 16.11.2024 r.

Lp.	Rodzaj wsparcia/działania (w przypadku szkoleń – dokładna nazwa szkolenia) ¹	Data udzielania wsparcia/działania	Godziny udzielania wsparcia/działania	Dokładny adres realizacji wsparcia/działania ²	Nazwa wykonawcy (np. w przypadku szkoleń, konferencji...) oraz nazwa pracodawcy (w przypadku staży zawodowych)	Liczba uczestników	Czy zamieszczono harmonogram udzielania wsparcia/działania na stronie internetowej projektu lub innej stronie www Beneficjenta (TAK/NIE). Jeżeli tak, należy podać adres strony www
1	Identyfikacja potrzeb uczestników projektu	07.11.2024	8.00 – 19.00	ul. Szajnochy 8a 38 – 200 Jasło	O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o. o.	3	TAK https://szansanalepsze.plusk24.pl/
2	Identyfikacja potrzeb uczestników projektu	08.11.2024	8.00 – 15.00	ul. Szajnochy 8a 38 – 200 Jasło	O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o. o.	2	TAK https://szansanalepsze.plusk24.pl/
3	Identyfikacja potrzeb uczestników projektu	09.11.2024	8.00 – 20.00	ul. Szajnochy 8a 38 – 200 Jasło	O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o. o.	3	TAK https://szansanalepsze.plusk24.pl/
4	Identyfikacja potrzeb uczestników projektu	13.11.2024	8.00 – 11.00	ul. Szajnochy 8a 38 – 200 Jasło	O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o. o.	1	TAK https://szansanalepsze.plusk24.pl/
5	Identyfikacja potrzeb uczestników projektu	14.11.2024	8.00 – 11.00	ul. Szajnochy 8a 38 – 200 Jasło	O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o. o.	1	TAK https://szansanalepsze.plusk24.pl/
6	Identyfikacja potrzeb uczestników projektu	16.11.2024	8.00 – 20.00	ul. Szajnochy 8a 38 – 200 Jasło	O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o. o.	3	TAK https://szansanalepsze.plusk24.pl/

07.11.2024 r. Katarzyna Kielb, tel. 512-340-411, e-mail: katarzyna@plusk24.pl
Data i podpis osoby sporządzającej

07.11.2024 r. Krzysztof Gałdyś – Członek zarządu
Data i podpis osoby upoważnionej

¹ Dotyczy: szkoleń kwalifikacyjnych/kompetencyjnych, staży, doradztwa zawodowego grupowego, indywidualnego poradnictwa grupowego, pośrednictwa pracy, warsztatów, poradnictwa psychologicznego, spotkań informacyjno-edukacyjnych, funkcjonowania miejsc opieki żłobkowej, funkcjonowania placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży, funkcjonowania podmiotów reintegracji społeczno-gospodarczej dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, funkcjonowania dziennych lub całodobowych placówek dla osób potrzebujących wsparcia w życiu codziennym, działalności bieżącej przedszkola, zajęć dodatkowych dla dzieci przedszkolnych/uczniów, szkoleń/kursów dla nauczycieli przedszkola/szkoły, szkoleń językowych/TIK dla osób dorosłych, kursów/szkoleń zewnętrznych/zawodowych dla uczniów, staży/praktyk uczniów u pracodawców. Ponadto, dotyczy innych form wsparcia odbywających się w określonym miejscu i czasie według zaplanowanego przez Beneficjenta harmonogramu działań.

² Jeżeli nie jest możliwe precyzyjne wskazanie miejsca realizacji wsparcia/działania, to Beneficjent powinien podać obszar, na jakim jest ono udzielane.