

**Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

Nazwa Beneficjenta	Agencja Rozwoju Regionalnego w Starachowicach Ul. Mickiewicza 1a
Nr umowy	FESW.10.10-IP.01-0017/23
Tytuł projektu	TWOJE KWALIFIKACJE TWOJĄ SZANSĄ
Wykonawca	1. Anna Krzyżanowska – Pacek 2. Maciej Chwedziak
Forma wsparcia	1. IPZ 2. POŚREDNICTWO PRACY
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	1. Starachowice ul. Mickiewicza 1A, (I piętro) pok.105, Kielce ul. Warszawska 21 (II piętro) pokój nr 9 2. Praca w terenie- spotkania z pracodawcami , zbieranie i analiza ofert. Starachowice ul. Mickiewicza 1A, (I piętro) pok.105, Kielce ul. Warszawska 21 (II piętro) pokój nr 9

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
Od 01.10.2024 do 14.10.2024 Dni robocze	12.00-19.00	37	12	Anna Krzyżanowska – Pacek
Od 01.10.2024 do 31.10.2024 Dni robocze	11.00- 20.00	138	49	Maciej Chwedziak

30.09.2024r.
Jolanta Stanecka

Data i podpis osoby sporządzającej