

**Kwartalny harmonogram  
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

<b>Nazwa Beneficjenta</b>	<b>Agencja Rozwoju Regionalnego w Starachowicach Ul. Mickiewicza 1a</b>
<b>Nr umowy</b>	<b>FESW.10.10-IP.01-0017/23</b>
<b>Tytuł projektu</b>	<b>TWOJE KWALIFIKACJE TWOJĄ SZANSĄ</b>
<b>Wykonawca</b>	<b>1. Anna Krzyżanowska – Pacek 2. Maciej Chwedziak</b>
<b>Forma wsparcia</b>	<b>1. IPD 2. POŚREDNICTWO PRACY</b>
<b>Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)</b>	1. Starachowice ul. Mickiewicza 1A, (I piętro) pok.105, Kielce ul. Warszawska 21 (II piętro) pokój nr 19  2. Starachowice ul. Mickiewicza 1A, (I piętro) pok.105, Kielce ul. Warszawska 21 (II piętro) pokój nr 19

**INFORMACJE OGÓLNE**

<b>Data realizacji wsparcia</b>	<b>Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Planowana liczba uczestników</b>	<b>Prowadzący (imię i nazwisko)</b>
Od <b>01.07.2024</b> do <b>31.07.2024</b> Dni robocze	<b>8.00-17.00</b>	<b>125</b>	<b>50</b>	Anna Krzyżanowska – Pacek
Od <b>01.07.2024</b> do <b>31.07.2024</b> Dni robocze	<b>8.00-17.00</b>	<b>125</b>	<b>50</b>	Maciej Chwedziak

28.06.2024r.  
Rafał Maciak

*Data i podpis osoby sporządzającej*

