

**Kwartalny harmonogram  
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

<b>Nazwa Beneficjenta</b>	<b>PODKARPACKA AGENCJA KONSULTINGOWO DORADCZA SP. Z O.O</b>
<b>Nr umowy</b>	FESW.10.10-IP.01-0017/23
<b>Tytuł projektu</b>	TWOJE KWALIFIKACJE TWOJĄ SZANSĄ
<b>Wykonawca</b>	Anna Kwaśniewicz
<b>Forma wsparcia</b>	1. PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE
<b>Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)</b>	1.Skarżysko-Kamienna ul.1 Maja 49 pok.2

**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>
12.10.2024r.	9.00 -15.00	6	3	Anna Kwaśniewicz

08.10.2024r.  
Gębska Małgorzata

*Data i podpis osoby sporządzającej*