Kwartalny harmonogram planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Centrum Rozwoju Społeczno-Ekonomicznego**
Nr umowy	**FESW.10.10-IP.01-0005/25**
Tytuł projektu	**Restart Pracy- Start Rozwoju!**
Wykonawca	**Practice & Skills Sp. z o.o. Sp. K.**
Forma wsparcia	**Identyfikacja potrzeb uczestników projektu oraz diagnozowanie ich możliwości w zakresie doskonalenia zawodowego poprzez obligatoryjne opracowanie Indywidualnego Planu Działania (IPD) dla każdego uczestnika projektu (opracowanie IPD, aktualizacja)**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**ul. Juliusza Słowackiego 25, 26-110 Skarżysko-Kamienna**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
12.11.2026	**8:00-9:00 9:00-10:00**	**2**	**2**	**Karolina Lachowicz**
11.01.2027	**12:00-13:00 13:00-14:00**	**2**	**2**	**Karolina Lachowicz**