



HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	FUNDACJA POSTSCRIPTUM
Numer projektu	FELU.09.04-IP.02-0014/23
Tytuł projektu	Wykwalifikowane Lubelskie
Numer i nazwa zadania ¹	Zadanie 2. SZKOLENIE ZAWODOWE
Rodzaj wsparcia ²	Realizacja procesu walidacji i certyfikacji
Nazwa wsparcia ³⁴	Realizacja procesu walidacji i certyfikacji szkolenia pracownik ds. rachunkowości i księgowości

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi ⁴	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi ⁵		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
14.08.2024	Realizacja procesu walidacji i certyfikacji szkolenia pracownik ds. rachunkowości i księgowości	Lublin	ul. Długa 5/118, 20-346 Lublin	16:00	17:00	1	1	Grzegorz Jezienicki	10

¹ Należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu.

² Należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, doradztwo, konferencja, seminarium, zajęcia dydaktyczne/wychowawcze, staż, praktyki zawodowe itp.

³ Należy wskazać nazwę wsparcia określoną we wniosku o dofinansowanie projektu, np. tytuł szkolenia, zakres doradztwa, nazwę seminarium itp.

⁴ Należy wskazać rodzaj usługi wynikający z wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie teoretyczne/szkolenie praktyczne, doradztwo indywidualne/doradztwo grupowe itp.

⁵ 30 minut przerwa obiadowa.