|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram****planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Fundacja Możesz Więcej** |
| **Nr umowy** | **FESW.10.07-IP.01-0020/23** |
| **Tytuł projektu** | **ReSTART kariery** |
| **Wykonawca**  | **Fundacja Możesz Więcej** |
| **Forma wsparcia** | **Zatrudnienie subsydiowane** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | **Miejsce wskazane w umowie o zatrudnieniu subsydiowanym**  |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Podmiot prowadzący wsparcie  |
| III kwartał 2024 | 8-16 (lub inne wskazane w umowie) | 8 | 12 | **Fundacja Możesz Więcej** |
|  |  |  |  |  |