

Kwartalny harmonogram planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

II kwartał 2025

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Fundacja Możesz Więcej**Wsparcie realizowane w ramach działań Partnera NEUROCLINIC-CENTRUMTERAPII I ROZWOJUAGNIESZKASCENDO |
| **Nr umowy** | FESW.09.01-IZ.00-0022/24 |
| **Tytuł projektu** | **Szansa na lepsze!** |
| **Wykonawca** | FUNDACJA ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOSCI I EDUKACJI |
| **Forma wsparcia** |  **Mentoring** |
| **Miejsce realizacji wsparcia****(dokładny adres, nr sali)** | **ul. Zagórska 10/9, Kielce** |
| **Data realizacji wsparcia** | **Godziny realizacji wsparcia****(od … do …)** | **Liczba godzin**  | **Planowana liczba uczestników** | **Prowadzący****(imię i nazwisko)** |
|  **22.04.2025** | **14:00-20:00** | **6** | **3** | Anna Bełtowska |
| **23.04.2025** | **14:00-20:00** | **6** | **3** | Anna Bełtowska |
|  **24.04.2025** | **14:00-20:00** | **6** | **3** | Anna Bełtowska |