

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	FUNDACJA SYNERGIUM								
Numer projektu	FELU.10.03-IZ.00-0063/23								
Tytuł projektu	„AKADEMIA CYFRZAKÓW”								
Numer i nazwa Zadania ¹	Zadanie 1. AKADEMIA CYFRZAKÓW. Program wsparcia rozwijania kompetencji cyfrowych, umiejętności, uzdolnień, zainteresowań uczniów poza edukacją formalną								
Rodzaj wsparcia ²	szkolenie grupowe								
Nazwa wsparcia ³	1.1. Zajęcia grupowe w ramach AKADEMIACYFRZAKÓW.								
Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi ⁴	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
14.06.2024r.	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	1	Magdalena Sokołowska	15
15.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	8.00	11.15	4	1	Magdalena Sokołowska	15
17.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	1	Magdalena Sokołowska	15
18.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	1	Magdalena Sokołowska	15
19.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	1	Magdalena Sokołowska	15
20.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	1	Anna Krasnodębska	15

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.

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	FUNDACJA SYNERGIUM
Numer projektu	FELU.10.03-IZ.00-0063/23
Tytuł projektu	„AKADEMIA CYFRZAKÓW”
Numer i nazwa Zadania ⁹	Zadanie 1. AKADEMIA CYFRZAKÓW. Program wsparcia rozwijania kompetencji cyfrowych, umiejętności, uzdolnień, zainteresowań uczniów poza edukacją formalną
Rodzaj wsparcia ¹⁰	szkolenie grupowe
Nazwa wsparcia ¹¹	1.3. Zajęcia grupowe w ramach AKADEMIACYFRZAKÓW.

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi ¹²	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
14.06.2024r.	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	3	Anna Jawoszek	15
15.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	8.00	11.15	4	3	Anna Jawoszek	15
17.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	3	Anna Jawoszek	15
18.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	3	Anna Jawoszek	15
19.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	3	Anna Jawoszek	15
20.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.00	15.15	4	3	Anna Jawoszek	15

⁹ należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu.

¹⁰ należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, doradztwo, konferencja, seminarium, zajęcia dydaktyczne/wychowawcze, staż, praktyki zawodowe itp.

¹¹ należy wskazać nazwę wsparcia określoną we wniosku o dofinansowanie projektu, np. tytuł szkolenia, zakres doradztwa, nazwę seminarium itp.

¹² należy wskazać rodzaj usługi wynikający z wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie teoretyczne/szkolenie praktyczne, doradztwo indywidualne/doradztwo grupowe itp.

HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	FUNDACJA SYNERGIUM								
Numer projektu	FELU.10.03-IZ.00-0063/23								
Tytuł projektu	„AKADEMIA CYFRZAKÓW”								
Numer i nazwa Zadania ¹⁷	Zadanie 1. AKADEMIA CYFRZAKÓW. Program wsparcia rozwijania kompetencji cyfrowych, umiejętności, uzdolnień, zainteresowań uczniów poza edukacją formalną								
Rodzaj wsparcia ¹⁸	szkolenie grupowe								
Nazwa wsparcia ¹⁹	1.5. Zajęcia grupowe w ramach AKADEMIACYFRZAKÓW.								
Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj usługi ²⁰	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestników
		Miejscowość	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
14.06.2024r.	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	15.15	18.30	4	5	Katarzyna Bagun	15
15.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	12.15	15.30	4	5	Katarzyna Bagun	15
17.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	15.15	18.30	4	5	Katarzyna Bagun	15
18.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	15.15	18.30	4	5	Katarzyna Bagun	15
19.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	15.15	18.30	4	5	Katarzyna Bagun	15
20.06.2024r	szkolenie grupowe praktyczne	Serokomla	Warszawska 28	15.15	18.30	4	5	Katarzyna Bagun	15

¹⁷ należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu.

¹⁸ należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, doradztwo, konferencja, seminarium, zajęcia dydaktyczne/wychowawcze, staż, praktyki zawodowe itp.

¹⁹ należy wskazać nazwę wsparcia określoną we wniosku o dofinansowanie projektu, np. tytuł szkolenia, zakres doradztwa, nazwę seminarium itp.

²⁰ należy wskazać rodzaj usługi wynikający z wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie teoretyczne/szkolenie praktyczne, doradztwo indywidualne/doradztwo grupowe itp.