



HARMONOGRAM WSPARCIA

- **BENEFICJENT:** Fundacja Aktywizacji Społecznej bestWAY
- **NUMER PROJEKTU:** FEPM.05.11-IZ.00-0061/23
- **TYTUŁ PROJEKTU:** „Połączmy swoje siły!”
- **DATA PRZEKAZANIA HARMONOGRAMU:** 08.11.2024 r.

LP.	Rodzaj formy wsparcia	Data wsparcia (od – do)	Godziny realizacji wsparcia (od – do)	Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres)	Nazwa wykonawcy wsparcia (pole wskazane lecz nie wymagane)	Liczba uczestników (pole wskazane lecz nie wymagane)	Uwagi
1	Zadanie 1 – Diagnoza sytuacji problemowej i opracowanie Indywidualnych Ścieżek Reintegracji	12.11.2024	08:00 – 10:00	ul. Piłsudskiego 30 A, 89-600 Chojnice	Monika Kaczmarek	1	
2	Zadanie 1 – Diagnoza sytuacji problemowej i opracowanie Indywidualnych Ścieżek Reintegracji	12.11.2024	10:05 – 12:05	ul. Piłsudskiego 30 A, 89-600 Chojnice	Monika Kaczmarek	1	
3	Zadanie 1 – Diagnoza sytuacji problemowej i opracowanie Indywidualnych Ścieżek Reintegracji	12.11.2024	12:10 – 14:10	ul. Piłsudskiego 30 A, 89-600 Chojnice	Monika Kaczmarek	1	