**KWARTALNY HARMONOGRAM DO PRZEPROWDZENIA FORM WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Beneficjenta** | Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości |
| **Nr umowy** | FESW.07.01-IZ.00-0048/24 |
| **Tytuł projektu** | „Wsparcie zdrowotne pracowników KSWP” |
| **Miejsce realizacji wsparcia**  | Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczościul. Stanisława Staszica 2A26-200 Końskie |

|  |
| --- |
| Informacje ogólne |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Miejsce realizacji |  Prowadzący Realizator usługi |
| Zadanie 3: Kompleksowe działania na rzecz walki ze stresem - pakiety |
| **01 styczeń 2025 -31 grudzień 2025**  | Nie dotyczy | Nie dotyczy | 35 | Nie dotyczy | VanityStyle Sp. z o.o. |
| Zadanie 7: Działania wspierające równe traktowanie i niedyskryminację wśród pracowników |
| **marzec** | 8-16 | 8h | 35 | KSWP, ul. S. Staszica 2a26-200 Końskie | - |

 Końskie, 10.01.2025 r.

 SPORZĄDZIŁ: SPRAWDZIŁ: ZATWIERDZIŁ:

 …………………………………. …………………………………. ………………………………….