HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	**Paweł Rozmarynowski ARTCOM**
Numer projektu	**FELU.08.01-IP.02-0053/23**
Tytuł projektu	**SKUTECZNA AKTYWIZACJA**
Nazwa wsparcia	**Indywidualne poradnictwo psychologiczne**

Data wsparcia	Miejsce realizacji wsparcia		Godziny prowadzenie wsparcia		Liczba godzin	Indywidualny numer identyfikacyjny (dot. zajęć indywidualnych)	Liczba uczestników
	Miejscowość	Ulica i nr	od godz.	do godz.			
02.04.2025	Zamość	ul. Lwowska 28/39	16:00	18:00	2	71/UP/0053/23/SA	1
03.04.2025	Zamość	ul. Lwowska 28/39	16:00	18:00	2	59/UP/0053/23/SA	1
04.04.2025	Zamość	ul. Lwowska 28/39	17:00	18:00	2	63/UP/0053/23/SA	1