

*Harmonogram udzielania wsparcia - Zespół Szkół nr 4 im Armii Krajowej w Szczecinie.*

**Szkolenia**

Lp.	Nazwa szkolenia	Miejsce szkolenia (dokładny adres ze wskazaniem nr Sali)	Data szkolenia	Godziny, w których przeprowadzane jest szkolenie	Imię i nazwisko prowadzącego szkolenie*	Imiona i nazwiska uczestników projektu, biorących udział w szkoleniu*	Uwagi
1,	<b>Kurs na prawo jazdy kategorii B</b>	LOK SZCZECIN, Św. Wojciecha 12, 70 – 410 Szczecin	11.06 – 21.07.2025 roku	14.30 – 22.00 (zgodnie z harmonogramem imiennym)	Wg harmonogramu dostępnego w LOK	Wg harmonogramu imiennego	

**Staże**

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika projektu*	Nazwa organizatora stażu	Miejsce odbywania stażu	Okres odbywania stażu	Godziny pracy stażysty	Imię i nazwisko opiekuna stażysty*	Uwagi

**Działalności gospodarcze**

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika projektu*	Nazwa/rodzaj utworzonej działalności gospodarczej	Miejsce prowadzonej działalności gospodarczej	Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej	Uwagi

**Oraz inne rodzaje wsparcia**

Lp.	Nazwa udzielonego wsparcia	Miejsce (dokładny adres ze wskazaniem nr Sali)	Data odbywania danego wsparcia	Godziny, w których przeprowadzane jest dane wsparcie	Imiona i nazwiska uczestników projektu, biorących udział w danym wsparciu*	Uwagi