Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Fundacja Możesz Więcej**
Nr umowy	**FESW.10.05-IP.01-0012/24**
Tytuł projektu	**Krok w stronę aktywności**
Wykonawca	**Fundacja Możesz Więcej**
Forma wsparcia	**Trening personalny**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**ul. Sandomierska 133 25-324 Kielce**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Osoba prowadząca wsparcie
16.11.2025	**13:00 – 18:00**	**5**	**5**	**Paulina Stępień**
23.11.2025	**13:00 – 18:00**	**5**	**5**	**Paulina Stępień**
30.11.2025	**13:00 – 18:00**	**5**	**5**	**Paulina Stępień**