Kwartalny harmonogram planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**TEB Edukacja Sp. z o.o.**
Nr umowy	**FESW.08.04-IZ.00-0018/25**
Tytuł projektu	***„Podniesienie jakości szkolnictwa branżowego w Technikum TEB Edukacja w Kielcach”***
Wykonawca	**Zgodnie ze szczegółowym HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – STAŻE UCZNIOWSKIE (10 – 12.2026 r.) oraz HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – SZKOLENIA (NAUCZYCIELE) (10 – 12.2026 r.)**
Forma wsparcia	**staże uczniowskie/ szkolenia (Nauczyciele)/ szkolenia (Uczniowie)**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Zgodnie ze szczegółowym HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – STAŻE UCZNIOWSKIE (10 – 12.2026 r.) oraz HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – SZKOLENIA (NAUCZYCIELE) (10 – 12.2026 r.) oraz HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – SZKOLENIA (UCZNIOWIE) (10 – 12.2026 r.)**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
Zgodnie ze szczegółowym HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – STAŻE UCZNIOWSKIE (10 – 12.2026 r.)				
Zgodnie ze szczegółowym HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – SZKOLENIA (NAUCZYCIELE) (10 – 12.2026 r.)				

Zgodnie ze szczegółowym HARMONOGRAMEM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE – SZKOLENIA (UCZNIOWIE) (10 – 12.2026 r.)

15.11.2026 r. Aleksandra Kaczmarek

Data i podpis osoby sporządzającej