



HARMONOGRAM WSPARCIA

- **BENEFICJENT:** Fundacja „STOP WYKLUCZENIU”
- **NUMER PROJEKTU:** FEPM.05.04-IZ.00-0065/25
- **TYTUŁ PROJEKTU:** „STOP nierówności - START aktywności”
- **DATA PRZEKAZANIA HARMONOGRAMU:** 18.02.2026 r.

LP.	Rodzaj formy wsparcia	Data wsparcia (od – do)	Godziny realizacji wsparcia (od – do)	Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres)	Nazwa wykonawcy wsparcia (pole wskazane lecz nie wymagane)	Liczba uczestników (pole wskazane lecz nie wymagane)	Uwagi
1.	Zadanie 7 – Staże zawodowe	01.04.2026- 30.06.2026	8.00-16.00	-	Fundacja „STOP WYKLUCZENIU”	8	-

DEPARTAMENT EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO