

Tytuł Projektu: „WAMP Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw”

Umowa Nr:

Dziennik zajęć

Nazwa szkolenia

..... r.

..... r.

Data rozpoczęcia szkolenia

Data zakończenia szkolenia

Miejsce szkolenia



Europejski Fundusz Społeczny



Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw

Projekt realizowany przy udziale Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL

PROGRAM SZKOLENIA:

Data realizacji szkolenia	Godziny realizacji szkolenia	Przedmiot/Temat	Liczba godzin szkolenia	Trener prowadzący szkolenie





Europejski Fundusz Społeczny



Wsparcie Adaptacyjności Małych Przedsiębiorstw

Projekt realizowany przy udziale Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL



ORGANIZACJA SZKOLENIA

.....
(pieczęć placówki)

1. Nazwa instytucji organizującej:
2. Prowadzący – imię, nazwisko, stanowisko:
3. Data rozpoczęcia szkolenia:

Uczestnicy	Liczba osób uczestniczących	Miejsce pracy			Wiek		Wykształcenie			UWAGI
		firma	instytucja		25-49 lat	50 lat i więcej	zawodowe	średnie	wyższe	
			organy samorządu terytorialnego	inne (podać jakie)						
Mężczyźni										
Kobiety										
Razem										