**HARMONOGRAM DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj i nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Termin realizacji usługi kształcenia ustawicznego** | **Całkowity koszt uzgodniony z realizatorem wsparcia** | **Koszt kształcenia finansowany ze środków KFS** | **Termin płatności uzgodniony z realizatorem kształcenia** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

................................... ………………………………….…………………..

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej )