Załącznik nr 2

do oferty realizacji zadania publicznego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych − edycja 2024 (załącznik nr 16 do Programu)

*WZÓR*

**Harmonogram działań podejmowanych w celu realizacji zadania**

Nazwa oferenta ….....................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l. p. | Nazwa Działania | Opis działania | Okres realizacji działania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania oferenta)