Miesięczny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W SANDOMIERZU**
Nr umowy	**Nr 4/FESW.09.05/EFS/2026**
Tytuł projektu	**„Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej w powiecie sandomierskim"**
Wykonawca	**Adwokat Dorota Duda**
Forma wsparcia	**Poradnictwo prawne**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Brusa Szkolna, ul. Wojska Polskiego 22, 27-600 Sandomierz**

INFORMACJE OGÓLNE				
Data realizacji wsparcia	**Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)**	**Liczba godzin**	**Planowana liczba uczestników**	**Prowadzący (imię i nazwisko)**
06.10.2026 r.	**08.00-18.00**	**10**	**6**	**Adwokat Dorota Duda**
15.10.2026 r.	**08.00-13.00**	**5**	**3**	**Adwokat Dorota Duda**
			Łącznie	**15 godzin**

ADWOKAT
Dorota Duda

22.09.2026r. .....

Data i podpis osoby sporządzającej

Zatwierdzono:
DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
22.09.2026.
Izabela Babinacka