Harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Powiat Ostrowiecki Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim**
Nr umowy	**FESW.09.05-IZ.00-0042/24**
Tytuł projektu	**Rodzina w Centrum**
Wykonawca	**Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach**
Forma wsparcia	**Zajęcia z fizyki**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Centrum Kształcenia Zawodowego ul. Furmańska 5, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski sala nr 1a**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
05.10.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
06.10.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
12.10.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Helena Siastacz
13.10.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Helena Siastacz
19.10.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Helena Siastacz
20.10.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Helena Siastacz
26.10.2026r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
27.10.2026r.	15.00 -17.45	5	3	Anna Białkowska

Data i podpis osoby sporządzającej

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej
mgr Edyta Solnica

16.10.2026 r. .....