Kwartalny 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 języka angielskiego**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Centrum Kształcenia Zawodowego ul. Furmańska 5, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski sala nr 3**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
09.11.2026r.	16.00 – 16.45	1	1	Olga Kot
16.11.2026r.	16.00 – 16.45	1	1	Olga Kot
23.11.2026r.	16.00 – 16.45	1	1	Olga Kot

Data i podpis osoby sporządzającej

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej

27.10.2026r. ……mgr Edyta Salnica…