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	**DEJKO JOANNA STUDIUM DOSKONALENIA ZDOLNOŚCI POZNAWCZYCH**
Forma wsparcia	**PORADY PSYCHOLOGICZNE**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski Pokój nr 0.21**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
16.11.2026	**08:00-18:00**	**10**	**5**	**Jadwiga Lenar-Basak**
17.11.2026	**08:00-18:00**	**10**	**5**	**Jadwiga Lenar-Basak**

28.10.2026 r.
Data i podpis osoby sporządzającej

DYREKTOR
JOANNA DEJKO

Dejko Joanna
Studium Doskonalenia Zdolności Poznawczych
Stoczek 9, 21-077 Spiczyn
NIP 7131776704 REG 430470862
tel 515 055 704
biuro@ sdzp.pl