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 niemieckiego**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Centrum Kształcenia Zawodowego ul. Furmańska 5, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski sala nr 4**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
04.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
07.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Barbara Figura
09.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
11.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
14.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Barbara Figura
16.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
18.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
21.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Barbara Figura
23.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
24.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Iwona Łapińska
28.09.2026 r.	14.15 – 18.00	5	3	Barbara Figura

30.09.2026 r.	**14.15 – 18.00**	**5**	**3**	**Iwona Łapińska**

Data i podpis osoby sporządzającej

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej
mgr Edyta Solnica

22.09.2026 r. .....