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	**Terapeuta ds. uzależnień**
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)
02.11.2026r.	7.30 – 12.30	5	5	Jadwiga Szałapska
09.11.2026r.	7:30 – 12:30	5	5	Jadwiga Szałapska
12.11.2026r.	14:30 – 19:30	5	3	Jadwiga Szałapska
16.11.2026r.	7.30 – 12.30	5	5	Jadwiga Szałapska
19.11.2026r.	14:30 – 19:30	5	3	Jadwiga Szałapska
23.11.2026r.	7.30 – 12.30	5	5	Jadwiga Szałapska
30.11.2026r.	7.30 – 12.30	5	5	Jadwiga szałapska

Data i podpis osoby sporządzającej

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej
mgr Edyta Solnica

30.10.2026r. .....