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 matematyki**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Centrum Kształcenia Zawodowego ul. Kilińskiego 49, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski sala nr 4, 5**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
02.11.2026r.	14.00 – 16.15	3	3	Lidia Prawdzik
04.11.2026r.	14.00 – 15.30	2	2	Anna Stojek
	14.00 – 17.00	4	4	Lidia Prawdzik
05.11.2026r.	14.00 – 15.30	2	2	Anna Stojek
06.11.2026r.	14.00 – 15.30	2	2	Anna Stojek
	14.00 – 17.00	4	4	Lidia Prawdzik
09.11.2026r.	14.00 – 16.15	3	3	Lidia Prawdzik
12.11.2026r.	14.00 – 15.30	2	2	Anna Stojek
13.11.2026r.	14.00 – 17.00	4	4	Lidia Prawdzik
	14.00 – 15.30	2	2	Anna Stojek
16.11.2026r.	14.00 – 16.15	3	3	Lidia Prawdzik
18.11.2026r.	14.00 – 16.15	3	3	Anna Stojek
	14.00 – 17.00	4	4	Lidia Prawdzik

20.11.2026r.	**14.00 – 17.00**	**4**	**4**	**Lidia Prawdzik**

Data i podpis osoby sporządzającej

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej
23.10.2026 r. .....
mgr Edyta Solnica