# Harmonogram
## planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

| | |
|---|---|
| **Nazwa Beneficjenta** | **Powiat Ostrowiecki<br>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie<br>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 polskiego** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | **Centrum Kształcenia Zawodowego<br>ul. Furmańska 5, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski<br>sala nr 1** |

**INFORMACJE OGÓLNE**

| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia (od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
|---|---|---|---|---|
| 02.11.2026 r. | 14.45 – 17.45 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 03.11.2026 r. | 15.00 – 18.00 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 05.11.2026 r. | 14.00 – 17.00 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 09.11.2026 r. | 14.45 – 17.45 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 10.11.2026 r. | 15.00 – 18.00 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 12.11.2026 r. | 14.00 – 17.00 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 16.11.2026 r. | 14.45 – 17.45 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 17.11.2026 r. | 15.00 – 18.00 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |
| 19.11.2026 r. | 14.00 – 17.00 | 4 | 4 | Ewelina Góralska |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej

*23.10.2026 r. .....mgr. Edyta Solnica.....*