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 fizyki**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Centrum Kształcenia Zawodowego ul. Furmańska 5, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski sala nr 1a**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
02.11.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
03.11.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
09.11.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
10.11.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
16.11.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
17.11.2026 r.	14.00 – 17.45	5	3	Anna Białkowska
23.11.2026r.	14.00 – 17.45	5	3	Helena Siastacz
24.11.2026r.	14.00 - 17.00	4	2	Helena Siastacz
	17.00 – 17.45	1	1	Anna Białkowska

Data i podpis osoby sporządzającej

KIEROWNIK
Działalności Pozaszkolnej
mgr Edyta Sobnica

23.10.2026 r. .....