Kwartalny harmonogram

planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Gmina Połaniec**
Nr umowy	**FESW.09.04-IZ.00-0003/23**
Tytuł projektu	**Centrum Usług Społecznych w Połańcu**
Wykonawca	**Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Integracja" Połaniec, ul. Lipowa 20**
Forma wsparcia	**Mobilne usługi logopedyczne**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Miejsce zamieszkania Uczestnika Projektu**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
01.10.2026	8:00-16:05	14	14	Karolina Gałka Agnieszka Telka
02.10.2026	8:00-17:00	7	7	
05.10.2026	8:00-16:05	11	11	
06.10.2026	8:00-16:00	13	13	
07.10.2026	8:00-19:10	10	10	

08.10.2026	8:00-14:55	6	6	
09.10.2026	8:00-16:05	14	14	
12.10.2026	8:00-17:00	7	7	
13.10.2026	8:00-17:00	8	8	
14.10.2026	8:00-14:55	11	11	
15.10.2026	8:00-16:05	13	13	
16.10.2026	8:00-14:55	14	14	
19.10.2026	8:00-16:05	13	13	
20.10.2026	8:00-14:55	12	12	
21.10.2026	8:00-17:50	11	11	
22.10.2026	8:00-18:00	9	9	
23.10.2026	8:00-18:00	10	10	
26.10.2026	8:00-14:55	12	12	
27.10.2026	8:00-16:05	8	8	
28.10.2026	8:00-14:55	7	7	

Data i podpis osoby sporządzającej

01.10.2026 Dziedzic Joanna