


**Kwartalny harmonogram**
**planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

| | |
|---|---|
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Połaniec/Centrum Usług Społecznych w Połańcu** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.04.-IZ.00-0003/23** |
| **Tytuł projektu** | **Centrum Usług Społecznych w Połańcu** |
| **Wykonawca** | **Stowarzyszenie Aktywności Lokalnej „BEZ GRANIC” Połaniec, ul. Kościuszki 37, 28-230 Połaniec** |
| **Forma wsparcia** | **Usługi remontowo - porządkowe** |
| **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) |
| 01.10.2026r. | 17.00-20.00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 02.10.2026r. | 11.00-14.00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 02.10.2026r. | 17.00-20.00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 03.10.2026r. | 10:00-13:00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 03.10.2026r. | 15:00-18:00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 5.10.2026r. | 10:00-13:00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 6.10.2026r. | 17.00-20.00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7.10.2026r. | 17:00-20:00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 8.10.2026r. | 10:00-13:00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |
| 8.10.2026r. | 17:00-20:00 | 3 | 1 | Dawid Piotrowski |

*06.10.2026r. Joanna Maj*
*Data i podpis osoby sporządzającej:*