

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 - porzadkowe**
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
9.10.2026r.	10:00-11:00	3	1	Dawid Piotrowski
9.10.2026r.	17:00-20:00	3	1	Dawid Piotrowski
10.10.2026r.	10:00-13:00	3	1	Dawid Piotrowski
10.10.2026r.	17:00-20:00	3	1	Dawid Piotrowski
29.10.2026r.	10:00-13:00	3	1	Dawid Piotrowski
29.10.2026r.	17:00-20:00	3	1	Dawid Piotrowski

08.10.2026r. Joanna Maj
Data i podpis osoby sporządzającej: