

**Kwartalny harmonogram  
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

Nazwa Beneficjenta	<b>Centrum Usług Społecznych w Michałowie</b>
Nr umowy	<b>FESW.09.04-IZ.00-0073/24</b>
Tytuł projektu	<b>„Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Gminie Michałów”</b>
Wykonawca	<b>Mateusz Grzyb Indywidualna Praktyka Psychologiczna Święcany 211, 38-242 Skołyszyn</b>
Forma wsparcia	<b>Poradnictwo psychologiczne</b>
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	<b>Tomaszów 21, 28-411 Michałów, nr Sali 1</b>

**INFORMACJE OGÓLNE**

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników projektu	Prowadzący (imię i nazwisko)
01.04.2026 r.	7:30-15:30	8	5	Mateusz Grzyb
07.04.2026 r.	9.00-20:00	11	5	Mateusz Grzyb
8.04.2026 r.	7:30-15:30	8	5	Mateusz Grzyb
14.04.2026 r.	9.00-20:00	11	6	Mateusz Grzyb
15.04.2026 r.	7:30-15:30	8	5	Mateusz Grzyb
21.04.2026 r.	9.00-20:00	11	7	Mateusz Grzyb
22.04.2026 r.	7:30-15:30	8	5	Mateusz Grzyb
28.04.2026 r.	9.00-20:00	11	7	Mateusz Grzyb
29.04.2026 r.	7:30-15:30	8	6	Mateusz Grzyb
<b>Łącznie 84 godzin</b>				<b>Mateusz Grzyb</b>

30.03.2026 r. *Mateusz Grzyb*

.....

*Data i podpis osoby sporządzającej*