

**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)
5.05.2026 r.	8:30 -20:30	12	10	Mateusz Grzyb
6.05.2026 r.	7:30-15:30	8	6	Mateusz Grzyb
12.05.2026 r.	8:30 -20:30	12	10	Mateusz Grzyb
13.05.2026 r.	7:30-15:30	8	6	Mateusz Grzyb
19.05.2026 r.	8:30 -20:30	12	11	Mateusz Grzyb
20.05.2026 r.	7:30-15:30	8	6	Mateusz Grzyb
26.05.2026 r.	8:00 -15:00	8	6	Mateusz Grzyb
27.05.2026 r.	8:00-15:00	8	6	Mateusz Grzyb
<b>Łącznie godzin 76</b>				<b>Mateusz Grzyb</b>

23.05.2026 r. *Mateusz Grzyb*

.....

*Data i podpis osoby sporządzającej*