Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Centrum Usług Społecznych w Michałowie**
Nr umowy	**FESW.09.05-IZ.00-0016/25**
Tytuł projektu	**„Razem lepiej – aktywna świetlica środowiskowa w Michałowie"**
Wykonawca	**Kancelaria Adwokacka** **Adwokat Julia Kopeć** **25-518 Kielce, ul. Warszawska 29/2**
Forma wsparcia	**Poradnictwo prawne dla rodziców**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Tur Dolny 75, 28-411 Michałów, sala główna**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
05.12.2026 r.	**8.00-15.00**	**9**	**9**	**Adwokat Julia Kopeć**
12.12.2026 r.	**8.00-15.00**	**9**	**9**	**Adwokat Julia Kopeć**
14.12.2026 r.	**15.00-17.00**	**3**	**3**	**Adwokat Julia Kopeć**
19.12.2026 r.	**8.00-15.00**	**9**	**9**	**Adwokat Julia Kopeć**
			Łącznie 30 godzin	

13.11.2026 r. Julia Kopeć
……..
Data i podpis osoby sporządzającej