Miesięczny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Centrum Usług Społecznych w Michałowie**
Nr umowy	**FESW.09.04-IZ.00-0073/24**
Tytuł projektu	**„Utworzenie Centrum Usług Społecznym w Gminie Michałów”**
Wykonawca	**Kancelaria Radcowska Radca Prawny Magdalena Gajda-Okopień ul. T. Kościuszki 1, lok. 3 28-500 Kazimierza Wielka**
Forma wsparcia	**Poradnictwo prawne**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Michałów 115, 28-411 Michałów, nr Sali nr 8**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	**Godziny realizacji wsparcia (od … do …)**	**Liczba godzin**	**Planowana liczba uczestników**	**Prowadzący (imię i nazwisko)**
19-11-2026 r.	**8.00-15.00**	**7**	**4**	**Magdalena Gajda-Okopień**
20-11-2026 r	**8.00-11.00**	**3**	**2**	**Magdalena Gajda-Okopień**
			Łącznie 10 godzin	

2-11-2026 Magdalena Gajda Okopień
Data i podpis osoby sporządzającej