Kwartalny 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 Społecznych w Gminie Michałów”**
Wykonawca	**Mateusz Grzyb Indywidualna Praktyka Psychologiczna Święcany 211, 38-242 Skołyszyn**
Forma wsparcia	**Poradnictwo psychologiczne**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Tomaszów 21, 28-411 Michałów, nr Sali 1**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	**Godziny realizacji wsparcia (od … do …)**	**Liczba godzin**	**Planowana liczba uczestników projektu**	**Prowadzący (imię i nazwisko)**
01.10.2026 r.	**7:30-15:30**	**8**	**4**	**Mateusz Grzyb**
13.10.2026 r.	**8:30-20:30**	**12**	**7**	**Mateusz Grzyb**
			Łącznie godzin 20	**Mateusz Grzyb**

23.09.2026 r. Mateusz Grzyb

……

Data i podpis osoby sporządzającej