Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**GMINA WŁOSZCZOWA/ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ WE WŁOSZCZOWIE**
Nr umowy	**FESW.09.05-IZ.00-0015/25**
Tytuł projektu	**PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO W GMINIE WŁOSZCZOWA**
Wykonawca	**Fundacja FIRE, ul. Jerzego Bogumiła Puscha 34/34, 25-635 Kielce**
Forma wsparcia	**WARSZTATY KOMPETENCJE RODZICIELSKIE**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Placówka Wsparcia Dziennego, Nieznanowice 49a, gmina Włoszczowa, powiat włoszczowski, województwo świętokrzyskie**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
19.11.2026	**15.00-19.00**	**4**	**10**	**Agnieszka Stoińska**
26.11.2026	**15.00-19.00**	**4**	**10**	**Agnieszka Stoińska**

Data i podpis osoby sporządzającej