Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Gmina Ostrowiec Świętokrzyski/ Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim**
Nr umowy	**FESW.09.04-IZ.00-0070/24**
Tytuł projektu	**Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim**
Wykonawca	**Agnieszka Piotrowska - pracownik socjalny Centrum Usług Społecznych**
Forma wsparcia	**Polityka prorodzinna, wsparcie rodzin, „Szkoła Rodziny"- działania realizowane dla rodziny z problemami, w szczególności problemami opiekuńczo wychowawczymi – praca socjalna**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Ostrowiec Świętokrzyski, ul. Kuźnia 28 ,**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	**Godziny realizacji wsparcia (od … do …) ***	**Liczba godzin ***	**Planowana liczba uczestników**	**Prowadzący (imię i nazwisko)**
03.06.2026 r.	15.00 – 17.00	2h	15	**Agnieszka Piotrowska**
10.06.2026 r.	15.00 – 17.00	2h	15	**Agnieszka Piotrowska**
17.06.2026 r.	15.00 – 17.00	2h	15	**Agnieszka Piotrowska**
24.06.2026 r.	15.00 – 17.00	2h	15	**Agnieszka Piotrowska**
RAZEM LICZBA GODZIN		**8 godzin**		

**zadaniowy czas pracy zgodnie z Regulaminem Wynagradzania Pracowników CUS*

21.05.2026 r. Agnieszka Piotrowska
Data i podpis osoby sporządzającej