



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA

Nazwa Beneficjenta	NZOZ Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa Sp. z o.o.
Numer projektu	Projekt FERS.04.14-IP.07-0003/25
Tytuł projektu	Opiekunowie pod opieką – wsparcie psychologiczne dla makroregionu południowo-wschodniego
Numer i nazwa zadania ¹	Zadanie 2: Realizacja grupowych sesji wsparcia psychospołecznego
Rodzaj wsparcia ²	Sesje wsparcia grupowego

Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj wsparcia	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi ³		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestni- ków
		Województwo	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				
18.07.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	10:00	12:00	2	Grupa 1/S	Patrycja Zasada	10
25.07.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	10:00	12:00	2	Grupa 2/S	Patrycja Zasada	10
11.08.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	16:00	18:00	2	Grupa 1/S	Patrycja Zasada	10
12.08.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	16:00	18:00	2	Grupa 2/S	Patrycja Zasada	10
25.08.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	16:00	18:00	2	Grupa 1/S	Patrycja Zasada	10
26.08.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	16:00	18:00	2	Grupa 2/S	Patrycja Zasada	10
08.09.2026	Sesja wsparcia grupowego	Świętokrzyskie	ul. Szkolna 1a, Krynki	16:00	18:00	2	Grupa 1/S	Patrycja Zasada	10

¹ należy wskazać nazwę zadania zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu,

² należy wskazać rodzaj wsparcia określony we wniosku o dofinansowanie projektu, np. szkolenie, staż, praktyki zawodowe,

³ planując harmonogram wsparcia należy uwzględnić przerwy w realizacji zajęć.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj wsparcia	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi ¹		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestni- ków
		Województwo	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				

¹ planując harmonogram wsparcia należy uwzględnić przerwy w realizacji zajęć.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Data (dd.mm.rrrr)	Rodzaj wsparcia	Miejsce realizacji usługi		Godziny prowadzenia usługi ¹		Liczba godzin	Numer grupy/ identyfikator szkolenia	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ trenera	Liczba uczestni- ków
		Województwo	Ulica i nr	Od godz.	Do godz.				

¹ planując harmonogram wsparcia należy uwzględnić przerwy w realizacji zajęć.