

**SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM UDZIELANIA WSPARCIA / DZIAŁAŃ W PROJEKCIE**

**Nazwa Beneficjenta:** Gmina Niemodlin / Ośrodek Pomocy Społecznej w Niemodlinie  
**Nr projektu:** POWR.02.05.00-00-0335/19  
**Tytuł projektu:** *Wdrożenie usprawnień organizacyjnych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Niemodlinie*

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj wsparcia/ działania (w przypadku szkoleń - dokładna nazwa szkolenia)</i>	<i>Data udzielania wsparcia / działania</i>	<i>Godziny udzielania wsparcia / działania</i>	<i>Dokładny adres realizacji wsparcia / działania</i>	<i>Nazwa wykonawcy (np. w przypadku szkoleń, konferencji...) oraz nazwa prawodawcy (w przypadku staży zawodowych)</i>	<i>Liczba uczestników</i>
1.	wizyta studyjna w OPS Dąbrowa Niemodlińska	2021-03-30	10.00 - 13.00	OPS Dąbrowa Niemodlińska, ul. Powstańców Śl. 2 49-120 Dąbrowa	nie dotyczy	5
2.						

10.03.2021.....  
 Data i podpis osoby sporządzającej

10.03.2021.....  
 Data i podpis osoby zatwierdzającej