

**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**

Lp.	Rodzaj wsparcia/ działania (w przypadku szkoleń - dokładna nazwa szkolenia)	Data udzielania wsparcia / działania	Godziny udzielania wsparcia / działania	Dokładny adres realizacji wsparcia / działania	Nazwa wykonawcy (np. w przypadku szkoleń, konferencji...) oraz nazwa prawodawcy (w przypadku staży zawodowych)	Liczba uczestników
1.	superwizja pracy socjalnej	2021-02-12	8.30 - 13.00	OPS, ul. Bohaterów Powstań Śląskich 37, 49-100 Niemodlin	Adam Białas	4
2.						

27.01.2021 Edyta Kapuścińska  
Data i podpis osoby sporządzającej

27.01.2021 Edyta Kapuścińska  
Data i podpis osoby zatwierdzającej