

**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 pracodawcy (w przypadku staży zawodowych)	Liczba uczestników
1.	superwizja pracy socjalnej	15.03.2021	8.00 - 14.00	OPS, ul. Bohaterów Powstań Śląskich 37, 49-100 Niemodlin	Adam Białas	4
2.	superwizja pracy socjalnej	23.03.2021	8.00 - 14.00	OPS, ul. Bohaterów Powstań Śląskich 37, 49-100 Niemodlin	Adam Białas	3
3.	superwizja pracy socjalnej	13.04.2021	8.00 - 14.00	OPS, ul. Bohaterów Powstań Śląskich 37, 49-100 Niemodlin	Adam Białas	4
4.	superwizja pracy socjalnej	20.04.2021	8.00 - 14.00	OPS, ul. Bohaterów Powstań Śląskich 37, 49-100 Niemodlin	Adam Białas	3
5.	superwizja pracy socjalnej	28.04.2021	8.00 - 14.00	OPS, ul. Bohaterów Powstań Śląskich 37, 49-100 Niemodlin	Adam Białas	4

23.02.2021.....  
 Data i podpis osoby sporządzającej

23.02.2021.....  
 Data i podpis osoby zatwierdzającej

KIEROWNIK  
 OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ  
 W NIEMODLINIE  
 Edyta Kapuścińska