|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **„ NASZE WSPARCIE TWÓJ SUKCES”** |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa szkolenia** | **Miejsce szkolenia (dokładny adres ze wskazaniem nr Sali)** | **Data szkolenia** | **Godziny, w których przeprowadzane jest szkolenie** | **Imię i nazwisko prowadzącego szkolenie** | **Imiona i nazwiska uczestników projektu, biorących udział w szkoleniu** |
|   | BRAK SZKOLEŃ W NAJBLIŻSZYM CZASIE  | - | - | - | - | - |
| **Oraz inne rodzaje wsparcia** |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa udzielonego wsparcia** | **Miejsce (dokładny adres ze wskazaniem nr Sali)** | **Data odbywania danego wsparcia** | **Godziny, w których przeprowadzane jest dane wsparcie** | **Imiona i nazwiska uczestników projektu, biorących udział w danym wsparciu** | **Uwagi** |
| 1.  | PORADNICTWO PEDAGOGICZNE | POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W GOLENIOWIE ul. POCZTOWA 43 SALA SZKOLENIOWA | 18.09.201916.10.201930.10.201913.11.201927.11.2019 | 15.30-17.3015.30-17.3015.30-17.3015.30-17.3015.30-17.30 | - |  - |
| 2.  | KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE / P. GUL | POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W GOLENIOWIE ul. POCZTOWA 43 POK. 302 | 19.09.201920.09.201923.09.201924.09.201925.09.2019 26.09.201927.09.2019 | 11.30-15.30 11.30-15.30 11.30-15.30 11.30-15.30 11.30-15.30 11.30-15.30 11.30-15.30  | - |  - |
| 3. | TURNUS REHABILITACYJNY 14 – DNIOWY DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ | OŚRODEK REHABILITACYJNY „LEŚNA POLANA”UL. WOJSKA POLSKIEGO 28,78-111 USTRONIE MORSKIE | 17-30.08.2019 | - | - | - |

Terminy spotkań poradnictw/konsultacji mogą ulec zmianie w zależności od indywidualnych
potrzeb uczestników.