

## Kwartalny harmonogram planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nazwa Beneficjenta</b>                                        | <b>Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego</b>                                                                                                                                                                                   |
| <b>Nr umowy</b>                                                  | <b>FESW. ESW.07.01-IZ.00-0023/24</b>                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tytuł projektu</b>                                            | <b>„Zdrowy i aktywny pracownik kluczem do sukcesu – wdrożenie kompleksowych działań zdrowotnych na rzecz pracowników Akademii Nauk Stosowanych J. Gołuchowskiego i Specjalnego Ośrodka Szkolno -Wychowawczego w Ostrowcu Świętokrzyskim”</b> |
| <b>Wykonawca</b>                                                 | <b>Świętokrzyskie Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym „Kuźnia”</b>                                                                                                                                                                |
| <b>Forma wsparcia</b>                                            | <b>Warsztaty "Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu"</b>                                                                                                                                                                                     |
| <b>Miejsce realizacji wsparcia<br/>(dokładny adres, nr sali)</b> | <b>Ul. Akademicka 12, 27-400 Ostrowiec Św.</b>                                                                                                                                                                                               |

### INFORMACJE OGÓLNE

| <b>Data realizacji wsparcia</b> | <b>Godziny realizacji wsparcia<br/>(od ... do ...)</b> | <b>Liczba godzin</b> | <b>Planowana liczba uczestników</b> | <b>Prowadzący<br/>(imię i nazwisko)</b> |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| 05.04.2025                      | 8.00-13.00                                             | 6                    | 10                                  | Paulina Łygan                           |

03.04.2025 r.

A. Szałapski

.....

*Data i podpis osoby sporządzającej*