



Formularz zgłoszeniowy na szkolenie
**„Superwizja dla kadry instytucji pomocowych,
zaangażowanych w pomoc osobom niepełnosprawnym
psychicznie”**

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie
poniższego formularza oraz oświadczenia.

1. Nazwisko
2. Imiona.....
3. Pesel.....
4. Adres zamieszkania
.....
.....
5. Nr telefonu.....
6. Adres e-mail.....
7. Nazwa i adres zakładu pracy
.....
.....
8. Zajmowane stanowisko
9. Staż pracy z osobami niepełnosprawnymi psychicznie

Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, gromadzenie oraz przekazywanie moich danych osobowych, a także na wprowadzanie ich do systemów informatycznych, zawartych w tym dokumencie, przez Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół „Feniks”, 78-100 Kołobrzeg, ul. Warszawska 15, dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu pn: **„Superwizja dla kadry instytucji pomocowych, zaangażowanych w pomoc osobom niepełnosprawnym psychicznie”**, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 833)

.....
data, miejscowość,

.....
podpis



*Zadanie współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
przekazanych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego*