



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu

„Projekt systemowy DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej”

| | |
|-----------|--|
| Szkolenie | „Asystent rodziny” |
| Termin | 16-18.07.2012, 08-10.08.2012, 05-07.09.2012, 24-26.09.2012 |

Formularz należy wypełnić czytelnie, **DRUKOWANYMI literami**
i wszystkie rubryki muszą być wypełnione

DANE INSTYTUCJI/ORGANIZACJI

| | |
|-------------------------------|--|
| Nazwa instytucji /organizacji | |
| Ulica | |
| Miejscowość /Kod pocztowy | |
| Adres e-mail | |

DANE UCZESTNIKA FORMY WSPARCIA

| | |
|-----------------------------------|--|
| Imię (imiona) | |
| Nazwisko | |
| PESEL | |
| Data urodzenia | |
| Miejsce urodzenia: | |
| Miejscowość zamieszkania: | |
| Zajmowane stanowisko | |
| Nr tel komórkowego (kontaktowego) | |
| Adres e-mail: | |

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Projekt systemowy DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej” i w całości go akceptuję.

.....
Podpis i pieczęćka dyrektora/kierownika jednostki kierującej

.....
data i czytelny podpis uczestnika

ul. Ostrowskiego 7, 53-238 Wrocław
tel. 71 770-42-28, fax. 71 770-42-30
dops@dops.wroc.pl
www.dops.wroc.pl

