



KARTA UCZESTNIKA

Tytuł szkolenia: Szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji pomocy społecznej

Data: 05.10.2019- 29.03.2020

Miejsce: Olsztyn

1. Imię i nazwisko	
2. Adres zamieszkania	
3. Miejsce pracy	
4. Zajmowane stanowisko	
5. Telefon/fax	
6. Adres e-mail	
7. Data i miejsce urodzenia	
8. Skąd dowiedziałeś się o szkoleniu? (<i>właściwe zakreślić</i>)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> www.osb.edu.pl<input type="radio"/> www.ops.pl<input type="radio"/> Facebook<input type="radio"/> Mail<input type="radio"/> Od znajomego<input type="radio"/> Inne:

1. GRUPA OSB działa zgodnie z rozporządzeniami Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 września 2012 r. w sprawie specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 28 września 2012 r. Poz. 1081) na podstawie zgody z dnia 3 września 2013 DPS-VI-51111-6484-57-MJ/13(6).

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez GRUPĘ OSB zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133/97, poz. 883), na potrzeby niniejszego szkolenia.

data

podpis