



## KARTA UCZESTNIKA

**Tytuł szkolenia: Szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji pomocy społecznej**

**Termin:**

1. Imiona i nazwisko	
2. Adres zamieszkania	
3. Miejsce pracy	
4. Zajmowane stanowisko	
5. Telefon	
6. Adres e-mail	
7. Data oraz miejsce urodzenia	
8. Informacja o szkoleniu:	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="http://www.osb.edu.pl">www.osb.edu.pl</a></li><li>• <a href="http://www.specjalizacje.pl">www.specjalizacje.pl</a></li><li>• <a href="http://www.ops.pl">www.ops.pl</a></li><li>• Facebook</li><li>• Meil</li><li>• Od znajomego</li><li>• Inne:.....</li></ul>

1. GRUPA OSB s.c. 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.

podpis