

KARTA UCZESTNIKA

Tytuł szkolenia: Szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji pomocy społecznej

Termin:

1. Imię i nazwisko, adres	
2. Miejsce zamieszkania	
3. Miejsce pracy	
4. Zajmowane stanowisko	
5. Wykształcenie –nazwa uczelni, kierunek studiów, rok ukończenia, tytuł	
6. Telefon/fax	
7. Adres e-mail	
8. Data urodzenia	
9. Miejsce urodzenia	

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