

KARTA UCZESTNIKA

Tytuł szkolenia: Szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji pomocy społecznej

Termin:

| | |
|--|--|
| 1. Imiona | |
| 2. Nazwisko | |
| 3. Miejsce zamieszkania | |
| 4. Miejsce pracy | |
| 5. Zajmowane stanowisko | |
| 6. Wykształcenie –nazwa uczelni, kierunek studiów, rok ukończenia, tytuł | |
| 7. Telefon/fax | |
| 8. Adres e-mail | |
| 9. Data urodzenia | |
| 10. 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 s.c. zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133/97, poz. 883), na potrzeby niniejszego szkolenia.

podpis