

## KARTA UCZESTNIKA

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

**Termin:** 05.04.2025 –19.10.2025

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.....