



## Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej

pl. Jana Pawła II nr 8 (budynek A)

50-043 Wrocław

tel./ fax. 071 785 45 60

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w projekcie systemowym Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej  
„Projekt systemowy DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej”

|  |  |                                    |                               |
|--|--|------------------------------------|-------------------------------|
| Szkolenie  | <b>„Praca z chorym na Alzheimera”</b>                      |                                    |                               |
| Termin szkolenia                                   | <b>25-27.11.2009</b>                                       |                                    |                               |
| <b>DANE INSTYTUCJI /ORGANIZACJI</b>                |  |                                    |                               |
| Nazwa instytucji /organizacji                      |  |                                    |                               |
| Adres  |  |                                    |                               |
| Miejscowość /Kod pocztowy                          |  |                                    |                               |
| Adres e-mail                                       |  |                                    |                               |
| <b>DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA</b>                   |  |                                    |                               |
| Imię (imiona)                                      |  |                                    |                               |
| Nazwisko   |  |                                    |                               |
| Płeć   | <input type="checkbox"/> Kobieta                           | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |                               |
| Wiek oraz PESEL                                    |  |                                    |                               |
| Wykształcenie (właściwe podkreślić)                | podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne pomaturalne wyższe |                                    |                               |
| Zajmowane stanowisko                               |  |                                    |                               |
| Zatrudniona/ny w Ośrodku od (podać dokładną datę): |  |                                    |                               |
| <b>DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA SZKOLENIA</b>      |  |                                    |                               |
| Adres zamieszkania:                                |  |                                    |                               |
| Miejscowość/ Kod pocztowy:                         |  | <input type="checkbox"/> Miasto    | <input type="checkbox"/> Wieś |
| Miejsce urodzenia:                                 |  |                                    |                               |
| Powiat:  |  |                                    |                               |
| Telefon:   |  |                                    |                               |
| Adres e-mail:                                      |  |                                    |                               |

.....  
Data

.....  
Podpis uczestnika szkolenia

.....  
Podpis dyrektora/kierownika jednostki



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

