



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu

„Projekt systemowy DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej”

Szkolenie	Rodzaje i zakres usług świadczonych mieszkańcom DPS zgodnie z obowiązującymi przepisami
Termin szkolenia	15.12. 2010r. lub 16.12.2010r. (proszę zakreślić wybrany termin)

Formularz należy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami i wszystkie rubryki muszą być wypełnione

### DANE INSTYTUCJI/ORGANIZACJI

Nazwa instytucji /organizacji	
Ulica	
Miejscowość /Kod pocztowy	
Adres e-mail	

### DANE UCZESTNIKA FORMY WSPARCIA

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia:	
Zajmowane stanowisko	
Nr tel komórkowego (kontaktowego)	
Adres e-mail:	

*Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Projekt systemowy DOPS w zakresie podnoszenia kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej” i w całości go akceptuję.*

.....  
Podpis i pieczęćka dyrektora/kierownika  
jednostki kierującej

.....  
data i czytelny podpis uczestnika



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

