



**DOLNOŚLĄSKI OŚRODEK
POLITYKI SPOŁECZNEJ**

DZIAŁ FUNDUSZY UNIJNYCH

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu

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

Seminarium/Szkolenie/Warsztat	
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:	
Miejscowość zamieszkania:	
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

ul. Ostrowskiego 7, 53-238 Wrocław
tel. 71 770-42-28, fax. 71 770-42-30
dops@dops.wroc.pl
www.dops.wroc.pl

