### KARTA UCZESTNICTWA

**Trening umiejętności społecznych w zakresie**

**specjalistycznych usług opiekuńczych**

**Deklaruję uczestnictwo w kursie:**

**IMIĘ I NAZWISKO**:

**PESEL:**

**DATA I MIEJSCE URODZENIA**:

#### ADRES ZAMIESZKANIA:

#### NR TELEFONU:

#### WYKSZTAŁCENIE:

#### ZAJMOWANE STANOWISKO:

**⬜ pracujący ⬜ bezrobotny ⬜ emeryt/rencista ⬜ uczeń/student ⬜ rolnik**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PEŁNA NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA:**

ADRES:

NIP: NR TELEFONU:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Oświadczenie**  W związku z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Inicjatyw Lokalnych w celu realizacji usług szkoleniowych. | | | | | | | | |  | |  |  | |  |  | | | Miejscowość | |  | Data | |  | Podpis | | | Data wpływu karty uczestnictwa: | \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r. | | | Podpis osoby przyjmującej kartę uczestnictwa: | | |  | |