**KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat szkolenia:** | Szkolenie  ***„Lokalne rozwiązania systemowe – interdyscyplinarna praktyka pracy Zespołu Interdyscyplinarnego i Grup Roboczych”.*** |
| **Termin:** | 30 – 31.03.2023 |
| **Miejsce:** | Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostródzie ul. Sienkiewicza 15 |
| **OSOBA ZGŁASZANA** | |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **Miejsce pracy:** |  |
| **Wykonywany zawód:** |  |
| **Nr telefonu kontaktowego:** |  |

|  |
| --- |
| Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119,s.1  *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej dla potrzeb niezbędnych do organizacji oraz udziału w szkoleniu*  *………………………………………………………….*  *Podpis uczestnika szkolenia* |
| **UWAGA! KARTĘ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**  Wszystkie zgłoszenia na szkolenie należy przesłać do dnia **22*.03.2023* r**. na adres: [profilaktyka@mops.ostroda.pl](mailto:profilaktyka@mops.ostroda.pl) |