## KARTA UCZESTNIKA

|  |
| --- |
| Tytuł szkolenia: Szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji pomocy społecznej |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data: 27.04.2019- 17.11.2019** | **Miejsce: Olsztyn, al. Warszawska 105/4H** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko, adres |  |
| 1. Miejsce pracy |  |
| 1. Zajmowane stanowisko |  |
| 1. Telefon/fax |  |
| 1. Adres e–mail |  |
| 1. Data urodzenia |  |
| 1. Miejsce urodzenia |  |

**1.** GRUPA OSB działa zgodnie z rozporządzeniami Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 września 2012 r. w sprawie specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej (Dz. U. z dnia 28 września 2012 r. Poz. 1081) na podstawie zgody z dnia 3 września 2013 DPS-VI-51111-6484-57-MJ/13(6).

**2.** Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez GRUPĘ OSB zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133/97, poz. 883), na potrzeby niniejszego szkolenia.

data podpis