**Formularz zgłoszeniowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Szkolenie dla kandydatów do pełnienia**  **funkcji rodziny zastępczej** |
| **Terminy spotkań** | **07.09.2018 r., 11.09.2018 r., 14.09.2018r., 18.09.2018r., 21.09.2018r., 25.09.2018r.**  **od 09:00 do 15:00** |
| **Miejsce** | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku  ul. Kombatantów 7  15-110 Białystok |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Organizator rodzinnej pieczy zastępczej kierujący na szkolenie** |  |
| **Telefon** |  |
| **Faks** |  |
| **e-mail** |  |
| **Termin zgłoszenia** | **do 31.07. 2018 r.** |
| **Przyjmowanie zgłoszeń oraz dodatkowe informacje** | Prosimy o potwierdzenie uczestnictwa w szkoleniu poprzez **wypełnienie formularza** oraz przesłanie  go na nr faksu **85 744 71 37,** lub **skan formularza** na adres: **rops@rops-bialystok.pl** |
| **Uwagi** | Telefon do kontaktu: 85 744 29 84 lub 742 68 38  Katarzyna Renczyńska |

…………………………………. ……………………….................

data podpis