|  |
| --- |
| **KARTA ZGŁOSZENIOWA NA 3-DNIOWE PARTNERSKIE SPOTKANIE WYMIANY DOŚWIADCZEŃ Partnerskiego Zespołu Kooperacji gminy ……………………………****w ramach Szkoły Kooperacji poziom regionalny – Szkoleniowy etap rozszerzony** |
| Termin: **6-8 listopada 2019 r.** | Miejsce: **województwo lubelskie** |

**Prosimy o przesłanie wypełnionej i podpisanej karty zgłoszeniowej (w wersji zeskanowanej)
na e-mail:** **liderzy.kooperacji@rops-bialystok.pl** **do dnia 25.10.2019 r.**

**LICZBA MIEJSC JEST OGRANICZONA.
O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA DECYDUJE KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA I ADRES INSTYTUCJI:** |  |
| **TEL. INSTYTUCJI:** |  |
| **E-MAIL INSTYTUCJI:** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO:** |  |
| **STANOWISKO:** |  |
| **TEL. KONTAKTOWY:** |  |
| Dane niezbędne do ubezpieczenia  | **DATA URODZENIA:** |  |
| Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, związane z uczestnictwem?Jeśli tak, to jakie? ………………………………….. …………………………………………………………………………………………… |  [ ]  TAK [ ]  NIE |

………………………………………….. ………………………………………………

 *(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika)*

***Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba jest* zatrudniona na wskazanym stanowisku pracy**

………………………………………………… …………………………………………………

*(pieczątka instytucji) (pieczątka i podpis Dyrektora/Kierownika instytucji lub osoby przez niego upoważnionej)*