|  |  |
| --- | --- |
| **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**](mailto: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)*