

ZGŁOSZENIE

Proszę o zakwalifikowanie mnie na Szkolenie z Psychoterapii Dzieci i Młodzieży SPCh w edycji 2013-2014.

Imię i nazwisko.....PESEL:.....

Data urodzenia:.....Miejsce urodzenia:.....

Adres:.....

e-mailTel:.....

Wykształcenie (kierunek studiów)

Uczelnia..... rok uzyskania dyplomu

Konieczna kopia dyplomu w załączeniu.

Zawód wykonywany.....

Miejsce pracy

Przynależność do kościoła

Dotychczasowe szkolenia

.....

.....

.....

.....

.....

Motywacja do podjęcia szkolenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych, tekst jednolity Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zmianami).

.....

data, podpis