**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NA WARSZTAT DLA PROFESJONALISTÓW**

**„KONTROLI ZŁOŚCI”**

**realizowany w ramach Projektu**

**„PRZEMOCY MÓWIMY NIE!”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO  |  | WIEK |  |
| E-MAIL / NR TELEFONU |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STATUS** |  Zatrudniona/-y w: ………………………………………………………………………………………………………… Bezrobotna/-y Uczeń/-nnica szkoły: ………………………………………………………………………………………………….. Inny - wpisać jaki: ……………………………………………………………………………………………………….\* właściwe podkreślić |

|  |
| --- |
| ADRES |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miasto |  |
| Wypełnienie powyższego formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych do potrzeb niezbędnych dla realizacji projektu (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997). |

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Suwałkach**

**ul. Świerkowa 60; 16-400 Suwałki**

**tel.:. 87 565 92 82**

**e-mail: interwencja@powiat.suwalski.pl**

**www.pcpr.suwalski.pl**