**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NA WARSZTAT DLA PROFESJONALISTÓW**

**„BEZ KLAPSA – JAK Z SZACUNKIEM I MIŁOŚCIĄ   
WYZNACZAĆ DZIECKU GRANICE”**

**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 |  |
| Kodpocztowy |  | 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**