

CARE BROK sp. z o.o
Szkoła Specjalistów Psychoterapii i
Instruktorów Terapii Uzależnień

07- 306 Brok ul. Warszawska 25
tel.: 793 607 437 lub 603 801 442
mail.: care@brok.edu.pl
www.brok.edu.pl
CENTRUM AKTYWNEGO ROZWOJU i EDUKACJI – CARE Brok sp.z oo



ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W SZKOLENIU

Szkoła Specjalistów Psychoterapii Uzależnień i Instruktorów Terapii Uzależnień – akredytowane szkolenie w ramach Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych

Zgłaszam swój udział w Szkole Specjalistów Psychoterapii Uzależnień i Instruktorów Terapii Uzależnień i akceptuję warunki uczestnictwa(patrz Regulamin)

DANE UCZESTNIKA (obowiązkowe prosimy wypełnić czytelnie)

1. Imię i Nazwisko:

.....

2. Data urodzenia:

3. Miejsce zamieszkania

ulica i numer domu.....

kod pocztowy i miejscowość.....

województwo

4. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)

ulica i numer domu.....

kod pocztowy i miejscowość.....

5. Telefon: stacjonarny..... komórkowy.....

6. Adres e-mail.....

Punkty 7 i 8 wypełniają osoby zatrudnione w lecznictwie odwykowym osoby zatrudnione w innych placówkach, bądź pozostające bez zatrudnienia prosimy o zostawienie pustego miejsca

7. Staż pracy i zatrudnienie w lecznictwie odwykowym

8. Zatrudnienie w:

Nazwa jednostki i rodzaj w systemie lecznictwa odwykowego

.....

Adres miejsca pracy (kod pocztowy, miasto, ulica, numer, województwo

.....
.....

Stanowisko.....

Zadania wykonywane w ramach zatrudnienia (terapia indywidualna, grupowa,
konsultacje, inne)

.....

9. Wykształcenie:

Nazwa szkoły

Wydział

Kierunek.....

Uzyskany tytuł

Rok ukończenia szkoły.....

Szkolenia podyplomowe i uzyskane tytuły/certyfikaty.....

10. Odbyte kursy, staże, treningi.....

.....
.....

DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU (FAKULTATYWNIE)

Oczekiwania związane z zajęciami, jeśli uważasz, że warto byśmy coś więcej o tym wiedzieli
Czy jest jeszcze coś, co warto byśmy wiedzieli o Tobie?

.....
.....
.....
.....
.....

UWAGA!!!

**PO OTRZYMANIU ANKIETY UCZESTNIK OTRZYMA ZAPROSZENIE NA
SZKOLENIE WRAZ Z REGULAMINEM I UMOWĄ UDZIAŁU W
SZKOLENIU**

* Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w
bazie danych CARE BROK sp.z oo do celów korespondencyjnych, informowania o ofercie
Centrum teraz i w przyszłości (zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 1997 roku o ochronie danych
osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) oraz na potrzeby rekrutacji do szkolenia w z zakresu
nowoczesnych metod terapii uzależnienia i współuzależnienia w ramach Programu
uzyskiwania kwalifikacji zawodowych.

Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz poprawiania lub
wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

Data

Podpis zgłaszającego

.....