

**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



CENTRUM AKTYWNEGO ROZWOJU I EDUKACJI  
W BROKU

---

**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.

- Oświadczam iż zapoznałam/em się z regulaminem szkoły

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

.....