

**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**  
**„Wsparcie psychoedukacyjne dla personelu medycznego”**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

.....  
PESEL

.....  
Telefon kontaktowy

.....  
Miejsce zatrudnienia (nazwa podmiotu leczniczego)

**Wykonywany zawód:**

- Lekarz
- Pielęgniarka/położna
- Ratownik medyczny
- Pozostały personel

**Z jakiego rodzaju wsparcia chciałby Pan/Pani skorzystać?**

- Spotkanie indywidualne
- Spotkanie grupowe
- Spotkanie warsztatowo - wykładowe

.....  
Data i podpis

**Program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego**



**MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY**

	Płock	Oddział Warszawa	Oddział Radom
Tel:	24 262 87 48	22 560 00 40	48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl
	NIP: 774-15-46-233	REGON 000301569	KRS 0000139991