



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK
MEDYCYNY PRACY
SPZOZ

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE „ODŁ@CZ SIĘ”

dot. psychoedukacji dzieci, młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów w zakresie profilaktyki uzależnień behawioralnych,

Ja niżej podpisana(y) zgłaszam do programu :

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

Wiek dziecka

Miejsce udzielania świadczeń:

- MWOMP Płock
- MWOMP O/Warszawa
- MWOMP O/Radom

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. moje dziecko jest mieszkańcem województwa mazowieckiego,
3. uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w programie,
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna , podpis, data

nr tel.

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego