



ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE "OGARNIAM STRES"

dotyczącym edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży na lata 2023- 2024.

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

.....
(telefon do kontaktu)

Miejsce udzielania świadczeń (właściwe zaznaczyć):



MWOMP PŁOCK



MWOMP O/RADOM

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego
2. Uzyskałam (em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam (em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie
3. Wrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem

.....
(data)

.....
(podpis uczestnika/rodzica/opiekuna)

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

Płock
Warszawa
Radom

ul. Kolegialna 17
Al. Wojska Polskiego 25
ul. Rodziny Winzewskich 5

24 267 84 52
22 560 00 40
48 330 93 22

24 262 88 42
22 560 00 41
48 330 93 23

plock@mwomp.pl
warszawa@mwomp.pl
radom@mwomp.pl

NIP: 774 15 46 233
Regon: 000301569
KRS: 0000139991