



ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE "OGARNIAM STRES"

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

Ja niżej podpisana(y) zgłaszam do programu:

.....

(imię i nazwisko uczestnika)

Wiek uczestnika/dziecka

Miejsce udzielania świadczeń (właściwe zaznaczyć):

MWOMP PŁOCK

MWOMP O/RADOM

Jednocześnie oświadczam, że:

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

.....

(data)

(podpis rodzica/opiekuna, numer telefonu)

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

Płock Warszawa Radom	ul. Kolegialna 17 Al. Wojska Polskiego 25 ul. Rodziny Winczewskich 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