



ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE "ODŁ@CZ się II"

W ramach zadania Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów w zakresie profilaktyki uzależnień i zapobiegania skutkom zdrowotnym wynikającym z uzależnień.

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

.....
(numer telefonu)

Miejsce udzielania świadczeń (właściwe zaznaczyć):

- MWOMP PŁOCK
 MWOMP O/RADOM
 MWOMP O/WARSZAWA

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)

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego