



ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE "OGARNIAM STES II"

W ramach zadania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży na lata 2025 - 2026.

Ja niżej podpisana(y) zgłaszam do programu:

.....

(imię i nazwisko uczestnika)

Wiek uczestnika/dziecka

Miejsce udzielania świadczeń (właściwe zaznaczyć):



MWOMP PŁOCK



MWOMP O/RADOM



MWOMP O/WARSZAWA

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