

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Profilaktyka, diagnoza i terapia uzależnień behawioralnych – program szkoleniowy adresowany do studentów”

Imię			
Nazwisko			
Kierunek studiów			
Rok studiów			
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy:	E-mail:	
<b>Preferowany termin/grupa * (prosimy zaznaczyć x)</b>			
<input type="checkbox"/> Grupa 1 – 10 i 11 oraz 17 i 18 października 2020	<input type="checkbox"/> Grupa 2 – 7 i 8 oraz 14 i 15 listopada 2020		
<input type="checkbox"/> Grupa 3 – 5 i 6 oraz 12 i 13 grudnia 2020			
* O zakwalifikowaniu decyduje kolejność zgłoszeń i liczba punktów dodatkowych uzyskana za spełnienie poniższych kryteriów, ilość miejsc ograniczona.			
Po ukończeniu studiów chciałbym/chciałabym znaleźć zatrudnienie w placówce ochrony zdrowia psychicznego			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem pracownikiem/wolontariuszem/stażystą placówki ochrony zdrowia psychicznego lub profilaktyki i terapii uzależnień			<input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> NIE
** jeśli tak	forma zatrudnienia		
	nazwa placówki		
	adres placówki		
Data zgłoszenia:			
Podpis:			

Projekt jest współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych  
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

1. Udział w szkoleniu pn. „**Profilaktyka, diagnoza i terapia uzależnień behawioralnych – program szkoleniowy adresowany do studentów**” realizowanym w formie zdalnej za pośrednictwem platformy webex wymaga posiadania kamerki internetowej oraz mikrofonu. Posiadania włączonej kamerki internetowej jak i mikrofonu w trakcie trwania całego szkolenia jest jednym z warunków koniecznych do otrzymania potwierdzenia udziału w szkoleniu.
2. W przypadku uczestnictwa w szkoleniu w formie zdalnej uczestnik zobowiązany jest do przesyłania w dniu szkolenia wiadomości mailowej na adres [centrum@ptpws.pl](mailto:centrum@ptpws.pl) podsumowującej udział w danym dniu szkolenia i zawierającej ocenę przebiegu szkolenia w danym dniu (słabe i mocne strony szkolenia). Przesłanie wiadomości jest warunkiem koniecznym do otrzymania potwierdzenia udziału w szkoleniu.

Zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uczestnictwa w szkoleniu i je akceptuję.

.....

Podpis uczestnika

POLSKIE TOWARZYSTWO PRZECIWDZIAŁANIA WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU

ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków  
tel. (0048) 12 637 08 49 fax (0048) 12 415 81 12  
e-mail: [kuhn@kuhn-kancelaria.pl](mailto:kuhn@kuhn-kancelaria.pl)

[www.ptpws.pl](http://www.ptpws.pl)

Rejestr Stowarzyszeń przy Sądzie Rejonowym dla Krakowa – Śródmieścia, Wydział XI Gospodarczy KRS  
0000533598

NIP: 6772386103, REGON: 360599541

Projekt jest współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych  
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

**POLSKIE TOWARZYSTWO PRZECIWDZIAŁANIA WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU**

ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków  
tel. (0048) 12 637 08 49 fax (0048) 12 415 81 12  
e-mail: [kuhn@kuhn-kancelaria.pl](mailto:kuhn@kuhn-kancelaria.pl)

[www.ptpws.pl](http://www.ptpws.pl)

Rejestr Stowarzyszeń przy Sądzie Rejonowym dla Krakowa – Śródmieścia, Wydział XI Gospodarczy KRS  
0000533598

NIP: 6772386103, REGON: 360599541