

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS ASYSTENTA ZDROWIENIA

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji	
Telefon / e-mail	
Wykształcenie (min. średnie z maturą) 1. Rok uzyskania świadectwa maturalnego	
Doświadczenie psychozy (TAK/NIE)	
Czy ma Pan/Pani doświadczenie terapii własnej i jak długie?	
Dlaczego chcę zostać Asystentem Zdrowienia?	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji procesu rekrutacji na kurs Asystenta Zdrowienia (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 o ochronie danych osobowych, Dz.U. Nr 133 Poz.883).