

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? | |
| Czym się obecnie zajmuję? | |
| Dlaczego chcę zostać Asystentem Zdrowienia? | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez 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).



współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej