SKIEROWANIE DO UDZIAŁU W KURSIE SPECJALISTYCZNYM ORGANIZOWANYM W RAMACH PROJEKTU PARTNERSKIEGO ROPS W TORUNIU PN. „RODZINA W CENTRUM”

**„KURS EFEKTYWNEJ NAUKI oraz KURS DLA RODZICÓW ”**

**Zgłaszam udział w kursie specjalistycznym:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| Wiek dziecka | 9-10 lat □ Tak 11-13 lat □ Tak |
| Imię i nazwisko rodzica dziecka |  |
| Adres zamieszkania | Miejscowość ………………………………………………………………………………..  Gmina ………………………………..…………………….  Powiat ……………………………………………………………………………. |
| Dane kontaktowe-telefon, poczta elektroniczna. |  |
| Nazwa instytucji kierującej  /RDD, POW/ |  |

1. Oświadczam, że jestem:

* rodziną zastępczą: **□ Tak** (jaką: ……………………..…………………….... ) **□ Nie**
* kadrą prowadzącą rodzinny dom dziecka: **□ Tak □ Nie**
* dyrektorem placówki opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego: **□ Tak □ Nie**

1. Oświadczam, że jestem osoba niepełnosprawną **□ Tak □ Nie**
2. Oświadczam, że poinformuję ROPS w Toruniu o każdej zmianie mojego statusu mającego wpływ na kwalifikacje do projektu.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).**

**Zgłoszenia o**sób zainteresowanych udziałem w kursie prosimy o przesłanie w terminie do dnia

**19 kwietnia 2018 r.** za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [a.zaranek@rops.torun.pl](mailto:a.zaranek@rops.torun.pl) .

………………………………………… ……………………………………………………………

Podpis rodzica Podpis osoby kierującej \*

\*podpisy obowiązkowe