



Załącznik Nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIAŁ W KURSACH W RAMACH PROJEKTU
„PODNIESIENIE JAKOŚCI SZKOLNICTWA ZAWODOWEGO POMORSKICH MEDYCZNYCH
SZKÓŁ POLICEALNYCH – ETAP II”

1. Imię i nazwisko
2. Adres e – mail
3. Telefon kontaktowy
4. Kierunek i semestr nauczania.....
5. Jeżeli masz specjalne potrzeby związane z udziałem w kursie zawodowym prosimy o ich zgłoszenie.
Dzięki temu odpowiednio przygotujemy miejsce i otoczenie, w którym będzie się odbywać wsparcie
i zapewnimy stosowny komfort podczas Twojego w nim udziału.....

.....
.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis osoby składającej formularz