**Formularz zgłoszeniowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Szkolenie dla kandydatów do pełnienia funkcji zawodowej rodziny zastępczej** |
| **Terminy spotkań** | **06.03.2024r. , 13.03.2024r., 20.03.2024r. (środa raz w tygodniu)****od 09:00**  |
| **Miejsce** | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku Ośrodek Adopcyjny Filia w Łomży**ul. Aleja Legionów 27, 18-400 Łomża** |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Organizator rodzinnej pieczy zastępczej kierujący na szkolenie** |  |
| **Telefon** |  |
| **Faks** |  |
| **e-mail** |  |
| **Termin zgłoszenia** | **do 29.02. 2024 r.** |
| **Przyjmowanie zgłoszeń oraz dodatkowe informacje** | Prosimy o potwierdzenie uczestnictwa w szkoleniu poprzez **wypełnienie formularza** oraz przesłanie go na nr faksu **86 215 00 64,** lub **skan formularza** na adres: **adopcja.lomza@rops-bialystok.pl** |
| **Uwagi** | Telefon do kontaktu: 86 216 43 94 |

…………………………………. ……………………….................

 data podpis