**Formularz zgłoszeniowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Szkolenie dla kandydatów do prowadzenia niezawodowej rodziny zastępczej** |
| **Terminy spotkań** | **09.09.2025r., 16.09.2025r.**  **23.09.2025r., 30.09.2025r.**  **07.10.2025r., 14.10.2025r.**  **21.10.2025r.**  Spotkania odbywają się **od godziny 12:00.** |
| **Miejsce** | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku  Ośrodek Adopcyjny Filia w Łomży  ul. gen. Wł. Sikorskiego 269 A, 18-400 Łomża |
| **Imię i Nazwisko**  **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Organizator rodzinnej pieczy zastępczej kierujący na szkolenie** |  |
| **Telefon** |  |
| **Faks** |  |
| **e-mail** |  |
| **Termin zgłoszenia** | **do 26.08.2025r.** |
| **Przyjmowanie zgłoszeń oraz dodatkowe informacje** | Prosimy o potwierdzenie uczestnictwa w szkoleniu poprzez **wypełnienie formularza** oraz przesłanie **skanu formularza** na adres: **adpcja.lomza@rops-bialystok.pl** |
| **Uwagi** | Telefon do kontaktu: 86 216 43 94 |

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

data podpis