|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ZGŁOSZENIE udziału w szkoleniu „DIALOG MOTYWUJĄCY W PRACY TERAPEUTY”**

Imię i nazwisko

|  |
| --- |
|  |

Telefon kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

e-mail kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

Miejsce pracy (zalecana placówka świadcząca pomoc bezpłatnie)

|  |
| --- |
|  |

Oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Posiadam tytuł specjalisty terapii uzależnień lub osoby będącej w trakcie procesu certyfikacji do tytułu specjalisty terapii uzależnień | TAK | NIE |
| 2. | Deklaruję pracę z osobami zagrożonymi uzależnieniami behawioralnymi lub uzależnionymi behawioralnie | TAK | NIE |
| 3. | Posiadam zgodę pracodawcy na wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności w zakresie posługiwania się metoda dialogu motywującego w pracy z osobami uzależnionymi i zagrożonymi uzależnieniami behawioralnymi w miejscy pracy | TAK | NIE |

Na podstawie ustawy z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji oraz całego procesu szkoleniowego

data i podpis ……………………….……………………………………….