

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

na szkolenie

„Asystent osoby niepełnosprawnej”

(dla pracowników UR)

Dane uczestnika	
Nazwisko i imię	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wydział / Jednostka UR	
<input type="checkbox"/> Pracownik naukowo-dydaktyczny <input type="checkbox"/> Pracownik administracji <input type="checkbox"/> Pracownik inżynieryjno-techniczny <input type="checkbox"/> Pracownik obsługi	

Rzeszów, dnia.....

.....

czytelny podpis uczestnika