**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIAŁU W STAŻACH ZAWODOWYCH 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 stażu zawodowym prosimy o ich zgłoszenie. Dzięki temu odpowiednio przygotujemy miejsce i otoczenie w którym będzie odbywać się wsparcie i zapewnimy stosowny komfort podczas Twojego w nim udziału……………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………. ....…………………………..

Miejscowość i data Podpis osoby składającej formularz