**FORMULARZ ZGŁOSZENIA OSOBY, KTÓRA ZOSTAŁA WYKREŚLONA Z LISTY UCZESTNIKÓW SZKOLENIA W DZIEDZINIE UZALEŻNIENIA\***

Podmiot szkolący ………………………………………………………………………………………

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

Numer edycji szkolenia ………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię osoby wykreślonej z listy uczestników szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………...……………………………………………………

Zakres szkolenia SPECJALISTA INSTRUKTOR

Data wykreślenia z listy uczestników szkolenia …………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….  Pieczęć podmiotu szkolącego | …………………………………………..  Data i podpis kierownika szkolenia  lub innej upoważnionej osoby |

*\*szkolenie w dziedzinie uzależnienia realizowane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 766)*