***Ankieta kwalifikująca na szkolenie***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:**  | **Adres (ulica, kod, miejscowość):** |
| **Nazwisko:** |
| **Telefon:**  |

**Odpowiednie zaznaczyć znakiem „X”**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZAM, ŻE** |
|  | Mieszkam i/lub pracuję na terenie województwa łódzkiego |
|  | Jestem lekarzem POZ funkcjonującego na terenie województwa łódzkiego-posiadam prawo wykonywania zawodu o numerze……………………………………………………….. |
|  | Należę do branży beauty tj. np. fryzjer, kosmetolog, trycholog itp. funkcjonującej na terenie województwa łódzkiego |
|  | Jestem rehabilitantem świadczącym usługi na terenie województwa łódzkiego |
|  | Należę do grupy: pozostały personel medyczny POZ funkcjonującego na terenie województwa łódzkiego |

W przypadku zakwalifikowania się do wzięcia udziału w szkoleniu deklaruję, że będę podejmować działania dotyczące profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego.

………………………………………………….

 (podpis uczestnika szkolenia)

Państwa dane osobowe wykorzystywane są wyłączenie w celach rekrutacyjnych prowadzonych przez SP ZOZ Rawa Mazowiecka.