



Załącznik nr

DEKLARACJA
UCZESTNICTWA W DZIAŁANIACH TOWARZYSZĄCYCH POPŻ 2018
ORGANIZOWANYCH PRZEZ
WARMIŃSKO-MAZURSKI ZARZĄD WOJEWÓDZKI
POLSKIEGO KOMITETU POMOCY SPOŁECZNEJ W OLSZTYNIE

JA
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y
(dokładny adres)

tel. kontaktowy.....

**Deklaruję chęć uczestnictwa w następujących formach działań organizowanych przez
Warmińsko-Mazurski Zarząd Wojewódzki Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej
w Olsztynie:**

| Wstaw znak „X” przy wybranej formie działań | FORMA DZIAŁAŃ |
|--|--|
| | WARSZTATY KULINARNE |
| | WARSZTATY DIETETYCZNE DOT. ZDROWEGO ŻYWIENIA |
| | WYKŁADY EDUKACYJNE DOTYCZĄCE ZASAD ZDROWEGO ODŻYWIANIA I PRZECIWDZIAŁANIA MARNOTRAWIENIU ŻYWNOŚCI |
| | WARSZTATY EDUKACJI EKONOMICZNEJ |

Wyrażam zgodę na umieszczanie i prezentowanie wizerunku mojej osoby na zdjęciach oraz w materiałach multimedialnych, wykonanych podczas uczestnictwa w działaniach towarzyszących.

.....
(miejscowość) (data)

.....
(czytelny podpis)