



Pieczęć placówki

.....  
miejscowość i data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA SIĘ PLACÓWKI  
DO PROJEKTU**

**Profilaktyki, promocji i ochrony zdrowia psychicznego: *Spokojna głowa!***

Prosimy o wypełnienie formularza, wydrukowanie i przesłanie wersji papierowej na adres Wydziału MSCDN:

**Wydział w Płocku**, ul. Gałczyńskiego 26, 09-400 Płock.

z dopiskiem: **Projekt: „Spokojna głowa”**

**Zgłoszenia należy nadsyłać do dnia: 10 listopada 2022 r.**

*Wersja papierowa powinna zawierać podpis i pieczęć dyrektora placówki*

**I. DANE TELEADRESOWE PLACÓWKI**

|  |  |                                  |  |
|--|--|----------------------------------|--|
| Nazwa placówki                               |  |                                  |  |
| Adres:                                       | ulica  | nr                               |  |
|  | kod pocztowy   | miejscowość                      | województwo                              |
| Obszar gminy                                 | wiejska <input type="checkbox"/>   | miejska <input type="checkbox"/> | miejsko-wiejską <input type="checkbox"/> |
| Tel.:  | faks   | e-mail                           |  |
| Strona www placówki                          |  |                                  |  |
| Opłata za udział 3-5 nauczycieli w projekcie | 200 zł. brutto, wpłatę należy uiścić na konto: 09 1020 1026 0000 1902 0232 8037 do końca listopada 2022 r. |                                  |  |
| Imię i nazwisko dyrektora placówki           |  |                                  |  |

**II. LISTA ZGŁOSZONYCH NAUCZYCIELI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

*Zgłaszamy 3-5 nauczycieli:*

| Lp. | Imię i nazwisko | e-mail |
|-----|-----------------|--------|
| 1.  |                 |        |
| 2.  |                 |        |
| 3.  |                 |        |
| 4.  |                 |        |
| 5.  |                 |        |

*Podpis i pieczęć dyrektora placówki*