

**Biuro Pełnomocnika Rządu  
do Spraw Osób Niepełnosprawnych**

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU**

<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>Urząd</b>	<b>Stanowisko</b>	<b>Telefon, e-mail</b>
<b>Temat szkolenia</b> <b>ZARZĄDZANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W MIEJSCU PRACY</b>	<b>Termin szkolenia</b>	<b>Wykonawca</b> <b>Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</b>
<b>Uwagi:</b>		