*Załącznik nr 2 do Regulaminu świadczenia usług przez Centrum Wsparcia Psychologiczno-Terapeutycznego Uniwersytetu Opolskiego*



**Centrum Wsparcia Psychologiczno-Terapeutycznego**

**Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – PRACOWNIK**

**DANE OSOBOWE**

Imię: ……………………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko: …………………………………………………………………………………….........................

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail (pracowniczy):…………………………………………………………………………………...

Wydział/Jednostka organizacyjna…………………………………………………………………………..

Wymagane miejsce dostosowane architektonicznie podczas konsultacji z terapeutą?:

 Tak

 Nie

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Data i czytelnypodpis