

PROGRAM  
OPERACYJNY  
POMOC  
ŻYWNOŚCIOWA  
2014 – 2020



Ministerstwo Pracy  
i Polityki Społecznej

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
POMOCY  
NAJBARDZIEJ  
POTRZEBUJĄCYM



Załącznik nr ....

**DEKLARACJA**  
**UCZESTNICTWA W DZIAŁANIACH TOWARZYSZĄCYCH POPŻ 2017**  
**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<br>znak „X”<br>przy<br>wybranej<br>formie<br>działań | FORMA DZIAŁAŃ                                                                                        |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            | WARSZTATY KULINARNE                                                                                  |
|                                                            | WARSZTATY DIETETYCZNE DOT. ZDROWEGO ŻYWIENIA                                                         |
|                                                            | WYKŁADY EDUKACYJNE DOTYCZĄCE ZASAD ZDROWEGO ODŻYWIANIA I<br>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 )