

**SZKOLENIE W RAMACH FORMY DOSKONALENIA „ZABURZENIA PSYCHICZNE PRZEJAWIAJĄCE SIĘ MYŚLAMI SAMOBÓJCZYMI I ZACHOWANIAMI AUTODESTRUKCYJNYMI U MŁODZIEŻY SZKOLNEJ” ZREALIZOWANEJ W TERMINIE 24-25 STYCZNIA 2022 R.**

**- SPRAWOZDANIE Z PRZEPROWADZONYCH SZKOLEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| Reprezentowana Instytucja (ODN/PPP/BP/MOW/MOS) |  |
| Pełna nazwa instytucji; miejscowość; województwo |  |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej szkolenie |  |
| Funkcja/Stanowisko pełniona/pełnione w instytucji |  |
| Liczba przeprowadzonych szkoleń |  |
| Data szkolenia/szkoleń |  |
| Czas trwania szkolenia/szkoleń (godziny dydaktyczne)  \*1 godzina dydaktyczna = 45 minut |  |
| Liczba przeszkolonych osób z podziałem na zajmowane stanowiska/pełnione funkcje w instytucji |  |
| Krótki opis przebiegu szkolenia; Konspekt zajęć |  |

Dodatkowe informacje:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis osoby przeprowadzającej szkolenie

…………………………………………………….

Podpis Przełożonego osoby przeprowadzającej szkolenie/Dyrektora instytucji

………………………………………………