**Zgłaszam uczestnictwo w poniższym kursie/szkoleniu organizowanym**

**przez Zakład Doskonalenia Zawodowego**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA KURSU: |  |

**DANE OSOBOWE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Imię/imiona |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| PESEL |  | Obywatelstwo |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Ulica, nr domu |  | Województwo |  |

**DANE KONTAKTOWE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr telefonu |  | Adres e-mail |  |

**WYKSZTAŁCENIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie |  |

**MIEJSCE PRACY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa zakładu pracy |  |
| Zajmowane stanowisko |  |

Zakład Doskonalenia Zawodowego, jako administrator danych, informuje iż podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu rejestracji uczestnika w kursie / szkoleniu. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do prawidłowej realizacji zadań związanych z kursem / szkoleniem, a także zgodnie z innymi/powiązanymi przepisami prawa. Administrator Danych powołał Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adres e-mail: iodo@zdz.com.pl. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych - ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa. Podane dane będą przetwarzane na zasadzie dobrowolności ich podania - zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| data | Czytelny podpis kandydata |

Prosimy o udzielenie dodatkowej informacji – „Z jakich źródeł uzyskał(a) Pan(i) informację o kursie/szkoleniu?

(prasa, radio, TV, folder ZDZ, Internet, mailing, facebook, ulotka reklamowa, zakładu pracy, od znajomych, rodziny, inne )”

- proszę wymienić odpowiednie ………………………………………………………………….…………………………………………….

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe** |
| Wypełniony i podpisany formularz zgłoszeniowy prosimy dostarczyć:  pocztą elektroniczną (e-mail), faxem, pocztą tradycyjną lub osobiście – dane adresowe poniżej.  Dodatkowych informacji o kursie/szkoleniu można uzyskać pod numerem telefonu: 62 767-40-88 wew. 26 lub 27 |

|  |
| --- |
| **SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kieruję Panią/Pana (nazwisko i imię): |  | | |
| Koszt szkolenia w kwocie (zł.): |  | pokrywa | uczestnik kursu / zakład pracy \* |

\* - niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| data | Pieczątka zakładu pracy | Pieczątka i podpis osoby upoważnionej |