

# **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** uczestnictwa w kursie/szkoleniu

UWAGA! formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami



**ZAKŁAD  
DOSKONALENIA  
ZAWODOWEGO  
KALISZ**

**Zgłaszam uczestnictwo w poniższym kursie/szkoleniu organizowanym  
przez Zakład Doskonalenia Zawodowego**

<b>NAZWA KURSU:</b>	<b>Kurs wychowawca wypoczynku</b>
---------------------	-----------------------------------

## **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/powiązanyymi przepisami prawa. Administrator Danych powołał Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adres e-mail: [iodo@zdz.com.pl](mailto: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	Pieczętka zakładu pracy	Pieczętka i podpis osoby upoważnionej

**ZAKŁAD DOSKONALENIA ZAWODOWEGO – CENTRUM KSZTAŁCENIA W KALISZU**

62-800 Kalisz, ul. Skalmierzycka 2A, tel. 62/ 767-40-88 w. 26 i 27, tel./fax 62/ 757-46-56, e-mail: [kursy@zdz.kalisz.pl](mailto:kursy@zdz.kalisz.pl)