

KARTA ZGŁOSZENIA

KK (załącznik nr 3)

Właściwy Wydział MSCDN (zgodnie z załącznikiem nr 5):			
Kurs kwalifikacyjny			
.....			
Imię (imiona), nazwisko:			
Nazwa szkoły/placówki: (w przypadku zespołu szkół proszę podać typ szkoły, w której Pan/-i pracuje)			
☐ szk. podst. ☐ gimnazjum ☐ szk. ponadgimnazjalna ☐ inna placówka oświatowa ☐ inna:			
Adres szkoły/placówki:			
kod poczt.:		miejscowość:	
ul.:	powiat:		gmina:
tel. szkoły:		faks szkoły:	
e-mail szkoły:			
Adres do korespondencji:			
kod poczt.:		miejscowość:	
ul.:			
tel. prywatny:			
e-mail prywatny:			
data urodzenia :		RRRR-MM-DD	miejsce ur. :
nauczany przedmiot:			
zajmowane stanowisko:			
uzasadnienie udziału w szkoleniu:			

Zgłoszenie na kurs należy dostarczyć zgodnie z Regulaminem rekrutacji uczestników na kursy kwalifikacyjne

- listownie lub osobiście na adres Biura Projektu APN: Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli 00-236 Warszawa, ul. Świętojerska 9.

WAŻNE! Zgłoszenie z wymaganymi dokumentami musi znajdować się w zaklejonej kopercie opatrzonej opisem zawierającym: imię i nazwisko, adres osoby zgłaszającej się na kurs oraz dopisek APN-KK-Pelna nazwa kursu kwalifikacyjnego.

Informujemy tylko osoby zakwalifikowane na kurs

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach udzielenia wsparcia, realizacji, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach projektu Akademia Profesjonalnego Nauczyciela współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 z 1977r., poz. 883).		
data zgłoszenia (RRRR-MM-DD)	*) poprzez wystanie zgłoszenia rozumie się udzielenie zgody na przetwarzanie w/w danych osobowych.	*) podpis zgłaszającego