



ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SIECI WSPÓŁPRACY I SAMOKSZTAŁCENIA

Zgłaszam uczestnictwo w Sieci Współpracy i Samokształcenia :
specjalistów i terapeutów

.....
(nazwa sieci)

INFORMACJE O UCZESTNIKU

Imię i nazwisko :

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Miejsce pracy:

Stanowisko pracy:

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów przeprowadzenia rekrutacji na w/w formę doskonalenia zawodowego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami) i upublicznienia mojego wizerunku w postaci zdjęć i nagrań wideo na potrzeby form doskonalenia organizowanych przez POPPPiDM w Polkowicach oraz promocji placówki.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami korzystania z form doskonalenia i doradztwa organizowanego przez PODM w Polkowicach i je akceptuję.

.....
(data)

.....
(podpis nauczyciela)

.....
(pieczętka i podpis dyrektora)