

KARTA ZGŁOSZENIA

Szkolenia dla nauczycieli w ramach programu wykorzystania środków na dofinansowanie doskonalenia nauczycieli w 2018 r.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ **WSZYSTKIE RUBRYKI** KOMPUTEROWO LUB RĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

1. DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko	

2. ADRES ZAMIESZKANIA		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Województwo:		

3. AKTUALNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA		
Nazwa szkoły/placówki:		
Ulica:		Nr lokalu
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Nr telefonu:		Nr fax:
Zajmowane stanowisko/funkcja:		
Nauczany przedmiot:		
nauczyciel: <input type="checkbox"/> stażysta, <input type="checkbox"/> kontraktowy, <input type="checkbox"/> mianowany, <input type="checkbox"/> dyplomowany <input type="checkbox"/> wicedyrektor, <input type="checkbox"/> dyrektor, <input type="checkbox"/> pedagog, psycholog, logopeda, <input type="checkbox"/> inne (jakie?)		
Staż pracy: <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 6-10 lat <input type="checkbox"/> 11-20 lat <input type="checkbox"/> 21-30 lat <input type="checkbox"/> 30 i więcej		

4. NAZWA SZKOLENIA (proszę zaznaczyć wybrany kurs)	
	ORGANIZACJA POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W PRZEDSZKOLU/ SZKOLE/PLACÓWCE – DĄBROWA GÓRNICZA
	ORGANIZACJA POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W PRZEDSZKOLU/ SZKOLE/PLACÓWCE – BYTOM
	KSZTAŁTOWNIE KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH UCZNIÓW NA WSZYSTKICH PRZEDMIOTACH W CELU KOMUNIKOWANIA SIĘ W JĘZYKU POLSKIM W SPOSÓB POPRAWNY I ZROZUMIAŁY – DĄBROWA GÓRNICZA
	KSZTAŁTOWNIE KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH UCZNIÓW NA WSZYSTKICH PRZEDMIOTACH W CELU KOMUNIKOWANIA SIĘ W JĘZYKU POLSKIM W SPOSÓB POPRAWNY I ZROZUMIAŁY – CZĘSTOCHOWA
	PROFILAKTYKA AGRESJI I PRZEMOCY, W TYM CYBERPRZEMOCY – DĄBROWA GÓRNICZA
	AWANS ZAWODOWY NAUCZYCIELI A EFEKTY KSZTAŁCEIA W KONTEKŚCIE PODNOSZENIA JAKOŚCI PRACY SZKOŁY – DĄBROWA GÓRNICZA

- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych w celach przedstawienia oferty edukacyjnej i reklamowej, związanych z działalnością Akademii WSB.
- Ponadto wyrażam zgodę na przesyłanie mi wszelkich informacji marketingowych i handlowych, a także informacji o przedsięwzięciach realizowanych przez Akademię WSB. Niniejsze upoważnienie obejmuje przesyłanie informacji i ofert za pomocą poczty elektronicznej, SMS i tradycyjnej.

Zostałem poinformowany, że:

1. Administratorem Danych gromadzonych w Uczelni jest Rektor AWSB. Siedziba Administratora Danych. Akademia WSB, ul. Cieplaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem iod@wsb.edu.pl.
3. Zgromadzone przez Administratora Danych dane mogą zostać udostępniane odbiorcom tylko i wyłącznie na podstawie przepisów prawa.
4. Odbiorcami danych mogą być instytucje do tego uprawnione.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Dane osobowe będą przetwarzane do momentu cofnięcia zgody.
7. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne.

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowany o przysługujących mi prawach:

1. Dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do kopiowania i przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
2. Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących mnie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Data

Czytelnie imię i nazwisko

Podpis uczestnika