Pedagogium Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Warszawie

tel....... Tel/fax........

e-mail

www.......

Formularz zgłoszeniowy uczestnika SZKOLENIA DOSKONALĄCEGO

Nazwa kursu/ szkolenia​............................

Termin​........................................................

Imię i nazwisko uczestnika​........................

Data i miejsce urodzenia​............................

Miejsce pracy​.............................................

Adres zamieszkania:

Ulica​............................................................

Kod pocztowy, miejscowość​.......................

Numer telefonu​...........................................

Adres e-mail​................................................

Adres placówki zatrudnienia:

Nazwa​..........................................................

Ulica​.............................................................

Kod pocztowy, miejscowość​.........................

Nauczany przedmiot​......................................

Adres e-mail​...................................................

Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Pedagogium Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Warszawie celem organizacji kursu zgodnie z ustawą

z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

…..….………………………………….. ……………………………………….

Miejscowość i data Podpis kandydata