|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć CKZiU | **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego we Włocławku ul. Nowomiejska 25, 87-800 Włocławek |
| **TYTUŁ FORMY** | **Szkolenie: Teoria Umysłu, Centralna Koherencja – diagnoza i terapia procesów poznawczych osób z autyzmem i Zespołem Aspergera**  **Koszt: 350 zł** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| **Adres zamieszkania** | |
| Ulica, nr domu i mieszkania |  |
| Miejscowość, kod |  |
| Telefon |  |
| e -mail |  |
| **Miejsce zatrudnienia** | |
| Nazwa zakładu pracy |  |
| Ulica, numer |  |
| Miejscowość, kod |  |
| Telefon/Fax |  |
| Zajmowane stanowisko |  |
| Stopień awansu zawodowego |  |
| Nauczany przedmiot |  |
| Staż pracy |  |

*Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego we Włocławku poprzez umieszczenie zdjęć i informacji o moich sukcesach na stronie internetowej Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego oraz w broszurach i innych publikacjach Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego dla celów informacyjno-promocyjnych oraz zrzekam się z tego tytułu wszelkich roszczeń zgodnie   
z przepisami art. 79 i art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994r. ,,o prawie autorskim i prawach pokrewnych” (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 666 z późn.zm.). Równocześnie oświadczam, że poinformowano mnie o tym, że przysługuje mi prawo wglądu do danych, ich poprawiania, a także o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania oraz wobec przekazywania danych osobowych innym podmiotom. Przyjmuję do wiadomości, że informacje na temat danych osobowych przetwarzanych przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego we Włocławku udzielane mi będą na podstawie pisemnego wniosku oraz że z prawa   
do uzyskania takich informacji mogę korzystać zgodnie z przepisami art. 32 i art. 33 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. ,,o ochronie danych osobowych” (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 922 z późn.zm.).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| .................................................  data | ..........................................................  podpis kandydata | ........................................................  podpis pracownika CKZiU |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Skąd dowiedział/-ała się Pan/-i o organizowanych przez nas formach?** | | | |
| Materiały reklamowe przesłane do Państwa firmy |  | Informator |  |
| Znajomi |  | Internet |  |
| Ulotka |  | e-mailing |  |
| Gazeta |  | Podczas innych form w CKZiU |  |