**ZGŁOSZENIE**

**udziału w doskonaleniu/dokształcaniu zawodowym**

**w roku szkolnym 2015/2016**

Nazwa szkolenia ........................................................................................................................ ....................................................................................................................................................

……………………………………............................................................................................

.......................................................................... symbol (według *Informatora*) ........................

## Dane osobowe

Imię i nazwisko ....................................................................... PESEL ..................................

Data urodzenia .................................. Miejsce urodzenia .......................................................

Wykształcenie (kierunek) ....................................... Przedmiot nauczany .............................

Stanowisko ............................. Stopień awansu ................................... Staż pracy ..............

Miejsce pracy (dokładny adres, gmina, nr telefonu, e-mail, NIP) ............................................ ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Adres do korespondencji z kodem pocztowym ........................................................................ ....................................................................................................................................................

nr telefonu ................................................... e-mail..........................................................

*W związku ze zgłoszeniem udziału w doskonaleniu zawodowym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie, ul Sosnowa 14, 62-510 Konin. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udziału w doskonaleniu; odmowa podania danych jest jednoznaczna z brakiem możliwości przystąpienia do doskonalenia zawodowego. Dane osobowe podane w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.*

*Centrum Doskonalenia Nauczycieli z siedzibą w Koninie, ul Sosnowa 14, jest Administratorem danych i informuje, że Pani/a dane będą przetwarzane w celu podanym w formularzu zgłoszeniowym. Przysługuje Pani/u prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz wycofania.*

*Zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. nr 90, poz. 631, ze zmianami) uczestnik szkolenia wyraża zgodę na nieodpłatne przetwarzanie i wykorzystanie przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie zdjęć (w tym wizerunku) wykonanych przez CDN w Koninie w trakcie realizacji różnych form doskonalenia zawodowego w celach informacyjno-marketingowych.*

*Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997, nr 133, poz. 883, ze zmianami) Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie informuje, iż dane osobowe oraz wizerunek są prawnie chronione i nie zostaną przekazane podmiotom trzecim.*

*Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o działalności CDN w Koninie drogą elektroniczną na podany adres e-mail.*

......................................................

 *podpis nauczyciela*