

**KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SZKOLENIU**

**W ROKU SZKOLNYM 2019/2020**

(karta jest dwustronna)

Nazwa szkolenia:

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

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

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

Imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

🞎 Pani 🞎 Pan

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..……………..…..

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

Miejsce urodzenia: …………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..…………………….

E-mail prywatny (nie szkoły/placówki): ……………………………………………………………………………………………………………………………...………….………

(powyższe dane są **niezbędne** do udziału w szkoleniu i otrzymania zaświadczenia)

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………..

Adres do korespondencji: …………….......................................................................................................................................................................

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

Nazwa i adres szkoły/placówki:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

szkoła

ponadpodstawowa

szkoła

podstawowa

Typ szkoły/placówki: 🞎 przedszkole 🞎 🞎 🞎 inny

Nauczane przedmioty: ………………………………………………………………………………………………………………………………………...............………………………………

**Zgoda na przetwarzanie danych**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie, ul. Sosnowa 14, 62-510 Konin,** w celu: organizacji określonego powyżej szkolenia oraz informacyjnym, badawczym, archiwalnym, a także w celu utworzenia profilu w systemie zgłoszeń.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej (na odwrocie strony), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Data: ………………………..………………..……… Czytelny podpis: …………………………………………………………………………………………………….

*verte*

**Klauzula informacyjna**

Informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych – zwanym dalej Administratorem – jest **Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Koninie, ul. Sosnowa 14, 62-510 Konin**; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
2. z inspektorem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować pod adresem e-mail: inspektor@osdidk.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacj zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom;
4. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody;
5. podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych zawarcie umowy jest niemożliwe;
6. posiada Pani/Pan prawo do:

* żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
* przenoszenia danych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego,
* cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;

1. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.