

## Podanie na kurs: REHABILITACJA PO PRZEBYCIU CHOROBY ZWIĄZANEJ Z COVID-19

- Kurs 1 dniowy - 8 godz. dydaktycznych: 160 zł/os. \*
- Kurs 2 dniowy - 16 godz. dydaktycznych: 300 zł/os. \*
- Kurs on-line - 4 godz. dydaktyczne: 150 zł/os. \*

Pan  
Zbigniew Andrzejewski  
Dyrektor  
Wielkopolskiego Samorządowego Centrum  
Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu  
ul. Mostowa 6, 61-855 Poznań

Proszę o przyjęcie na kurs: zaznaczono powyżej \*

### Dane osobowe:

.....  
Imię / imiona i nazwisko kandydatki/a (zgodnie z danymi w dowodzie osobistym)

.....  
Data urodzenia

.....  
miejsce urodzenia

.....  
PESEL

.....  
seria i numer dowodu osobistego

### Dane kontaktowe:

.....  
Adres do korespondencji: ulica nr lokalu

.....  
kod pocztowy i miasto

.....  
telefon kontaktowy

.....  
e-mail

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis kandydata

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń –art. 233 § 1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym podaniu są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym statusem prawnym.

## **FAKTURA**

Proszę o wystawienie faktury za szkolenie na dane:

Imię i nazwisko lub nazwa instytucji:

.....  
.....

Adres: .....

NIP: .....

## **OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu tej oraz przyszłych rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-na o tym, że zgodnie z art. 23 ust. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z roku 2016, poz. 922) Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu:

- 1) Będzie przetwarzać dane osobowe uzyskane w niniejszym formularzu w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu dydaktycznego oraz o przysługującym mi prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum w Poznaniu w celach marketingowych i promocyjnych.  
TAK  NIE

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis kandydata