



**WSCKZiU**

Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu

**KOLEGIUM PRACOWNIKÓW SŁUŻB SPOŁECZNYCH**  
UL. MOSTOWA 6, 61-855 POZNAŃ  
TEL. 61 852 99 20  
sekretariat@wsck.pl  
WWW.WSCK.PL

## Podanie o przyjęcie na:

**Szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji  
pomocy społecznej (XI edycja – rok 2023)**

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 szkolenie specjalizacyjne z zakresu organizacji pomocy społecznej.

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

.....  
Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok)

.....  
miejsce urodzenia

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

.....  
kod pocztowy i miasto

.....  
tel. kontaktowy

.....  
e-mail

### Załącznik:

Czytelna kserokopia dowodu osobistego ( 2 strony dowodu na jednej kartce A4 – widoczne powinny być: imiona, nazwisko, data i miejsce urodzenia, nr dowodu, zdjęcie, termin ważności dowodu).

Kserokopię proszę przekreślić długopisem, jednym ruchem po skosie od narożnika do narożnika.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis kandydata

## **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. 2016; poz. 92) 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 (*sporadycznie wysyłane maile; w każdej chwili będzie można zrezygnować z ich otrzymywania*).

TAK       NIE

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis kandydata

## **FAKTURA**

Proszę o wystawienie faktury za szkolenie na dane :

Imię i nazwisko lub nazwa instytucji:

.....

cd. ....

Adres: .....

NIP: .....

W przypadku nieuruchomienia szkolenia poproszę o zwrot wpłaconych przeze mnie środków na konto (dane i nr konta):

.....

.....

.....  
(podpis)