



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 (XIII edycja – rok 2025)**

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

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 września 2012 r. w sprawie specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej (D.U. z 2012 r. poz. 1081, § 5 ust.1, pkt.3) do podania dołączam: czytelną ale przekreśloną kserokopię dowodu osobistego (2 strony dowodu na jednej stronie kartki A4)

.....
miejsowość 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)