

ZGŁOSZENIE

na wybraną formę doskonalenia organizowaną przez
SAMORZĄDOWE CENTRUM DORADZTWA I DOSKONALENIA NAUCZYCIELI

W SIEDLCACH

ul. Krystyny Osieńskiej 6, 08-110 SIEDLCE tel.(25) 794-33-70, (25) 794-33-69

e-mail: scdidn@scdidn.siedlce.pl

NAZWISKO																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIĘ																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA																				
	dzień		miesiąc		rok															

MIEJSCE URODZENIA																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa ukończonej uczelni

Wydział/kierunek

Nazwa szkoły/placówki

Miejscowość kod

Ulica telefon

Adres zamieszkania – ulica

Kod miejscowość

Telefon e-mail :

Wybrana forma doskonalenia.....

Kierownik formy doskonalenia.....

DATA I PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ

.....

SCDiDN zobowiązuje się do nieudostępniania ww danych osobom trzecim.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **SCDiDN zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych**. Przyjmuje do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość ich poprawiania oraz, że podanie danych ma charakter dobrowolny.

Wyrażam zgodę na publikowanie/udostępnianie mojego wizerunku do celów promocji **SCDiDN zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych**.

Data Czytelny podpis

Informacje, o które prosimy, potrzebne są do przygotowania zaświadczeń oraz właściwej organizacji szkoleń.

Kartę zgłoszenia można wielokrotnie kopiować

ZGŁOSZENIE

na wybraną formę doskonalenia organizowaną przez
SAMORZĄDOWE CENTRUM DORADZTWA I DOSKONALENIA NAUCZYCIELI

W SIEDLCACH

ul. Krystyny Osieńskiej 6, 08-110 SIEDLCE tel.(25) 794-33-70, (25) 794-33-69

e-mail: scdidn@scdidn.siedlce.pl

NAZWISKO																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIĘ																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA																				
	dzień		miesiąc		rok															

MIEJSCE URODZENIA																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa ukończonej uczelni

Wydział/kierunek

Nazwa szkoły/placówki

Miejscowość kod

Ulica telefon

Adres zamieszkania – ulica

Kod miejscowość

Telefon e-mail :

Wybrana forma doskonalenia.....

Kierownik formy doskonalenia.....

DATA I PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ

.....

SCDiDN zobowiązuje się do nieudostępniania ww danych osobom trzecim.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **SCDiDN zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych**. Przyjmuje do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość ich poprawiania oraz, że podanie danych ma charakter dobrowolny.

Wyrażam zgodę na publikowanie/udostępnianie mojego wizerunku do celów promocji **SCDiDN zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych**.

Data Czytelny podpis

Informacje, o które prosimy, potrzebne są do przygotowania zaświadczeń oraz właściwej organizacji szkoleń.

Kartę zgłoszenia można wielokrotnie kopiować