



WSCKZiU

Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu

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

Podanie o przyjęcie na szkolenie:

Specjalizacja z zakresu organizacji pomocy społecznej (VIII edycja – rok 2020)

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 specjalizację 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

Załączniki:

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

.....
miejsce i data

.....
podpis kandydata

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

(prosimy o podanie danych do faktury, w przypadku braku danych wystawimy fakturę imienną)

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)