UCZELNIA KORCZAKA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię i nazwisko	
Wykształcenie	
Adres zameldowania (kod pocztowy, miasto, ulica nr domu / mieszkania/	
Dane kontaktowe:	**Tel:** **Mail:**
Adres korespondencyjny (jeśli inny, niż adres zameldowania)	
Tytuł studiów	**Diagnoza i terapia pedagogiczna**
Dane do faktury VAT **/jeśli wymagana jest faktura VAT/**	

☐

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach przez WSP im. Janusza Korczaka w Warszawie, jako Administratora Danych Osobowych, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i kształcenia oraz przekazywanie moich danych osobowych innym podmiotom w celach realizacji procesu rekrutacji i kształcenia, a także wypełnienia obowiązków informacyjnych, archiwizacyjnych i statystycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018.1000).

☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie na podane przez siebie dane kontaktowe informacji handlowych przekazywanych przez WSP im. Janusza Korczaka w Warszawie drogą mailową, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. t.j. 2019.123,730), a także kontakt telefoniczny, zgodnie z ustawą prawo telekomunikacyjne (Dz. U. t.j. 2019.2460).

☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach dla potrzeb kontaktu ze mną, w przypadku rezygnacji ze szkolenia lub odwołania go przez organizatora zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000).

☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach związanych z procesem kształcenia dla potrzeb kontaktu ze mną po ukończeniu szkolenia, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000).

Kandydat na uczestnika szkolenia, a także uczestnik szkolenia uprawniony jest w siedzibie WSP im. Janusza Korczaka. do wglądu do zgłoszonych danych osobowych, żądania ich poprawienia lub uzupełnienia, a także do usunięcia (w przypadku, gdy są gromadzone i przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub celem ich podania).

....., dnia …… .....

(podpis kandydata)

POTWIERDZENIE DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENCIE TOŻSAMOŚCI PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ DOKUMENTY:

...., dnia .....

(podpis osoby przyjmującej dokumenty)

Skąd dowiedział/a się Pan/ Pani o ofercie szkoleń i kursów Uczelni Korczaka

☐ znajomi	☐ telewizja	☐ prasa
☐ Internet	☐ ulotki, plakaty, informatory	☐ banery
☐ targi edukacyjne	☐ reklama wysłana mailowo	☐ inne

☐ poprzez uczestnictwo w konferencjach organizowanych przez Uczelnię

☐ jestem Studentem/Absolwentem Uczelni