

KARTA ZGŁOSZENIA

KK (załącznik nr 3)

| | | | |
|--|--|--------------|---------------|
| Właściwy Wydział MSCDN (zgodnie z załącznikiem nr 5): | | | |
| Kurs kwalifikacyjny z zakresu metodyki nauczania języka obcego w okresie wczesnoszkolnym | | | |
| Imię (imiona), nazwisko: | | | |
| Nazwa szkoły/placówki: (w przypadku zespołu szkół proszę podać typ szkoły, w której Pan/-i pracuje) | | | |
| <input type="checkbox"/> szk. podst. <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> szk. ponadgimnazjalna <input type="checkbox"/> inna placówka oświatowa <input type="checkbox"/> inna: | | | |
| Adres szkoły/placówki: | | | |
| kod poczt.: | | miejsowość: | |
| ul.: | | powiat: | gmina: |
| tel. szkoły: | | faks szkoły: | |
| e-mail szkoły: | | | |
| Adres do korespondencji: | | | |
| kod poczt.: | | miejsowość: | |
| ul.: | | | |
| tel. prywatny: | | | |
| e-mail prywatny: | | | |
| data urodzenia : | | RRRR-MM-DD | miejsce ur. : |
| nauczany przedmiot: | | | |
| zajmowane stanowisko: | | | |
| uzasadnienie udziału w szkoleniu: | | | |

Zgłoszenie na kurs należy dostarczyć zgodnie z Regulaminem rekrutacji uczestników na kursy kwalifikacyjne

- listownie lub osobiście na adres Biura Projektu APN: Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli 00-236 Warszawa, ul. Świętojerska 9.

WAŻNE! Zgłoszenie z wymaganymi dokumentami musi znajdować się w zaklejonej kopercie opatrzonej opisem zawierającym: imię i nazwisko, adres osoby zgłaszającej się na kurs oraz dopisek APN-KK-Pelna nazwa kursu kwalifikacyjnego.

Informujemy tylko osoby zakwalifikowane na kurs

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach udzielenia wsparcia, realizacji, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach projektu Akademia Profesjonalnego Nauczyciela współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodnie z przepisami ustawy z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 z 1977r., poz. 883). | | |
| ----- data zgłoszenia (RRRR-MM-DD) | *) poprzez wysłanie zgłoszenia rozumie się udzielenie zgody na przetwarzanie w/w danych osobowych. | ----- *) podpis zgłaszającego |



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



OEiIZK

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

