**KARTA ZGŁOSZENIOWA NA SZKOLENIE**

Chcę wziąć udział w szkoleniu *(proszę wpisać* ***X*** *przy wybranym szkoleniu)*:

... **opiekun w żłobku lub klubie dziecięcym (280 godzin) ... opiekun w żłobku lub klubie dziecięcym (80 godzin)  
... wolontariusz 40 godzin**

**... dzienny opiekun (160 godz.) ... dzienny opiekun (40 godzin)**

*PROSIMY O WYPEŁNIENIE SZARYCH PÓL PONIŻEJ DRUKOWANYMI LITERAMI*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA |  | | |
| TELEFON |  | E-MAIL |  |
| NAZWA  (w przypadku firmy) |  | | |
| NIP (w przypadku firmy) |  | | |

Dodatkowe informacje *(prosimy o uzupełnienie)*:

Wykształcenie: 🞏 zawodowe .................................................

🞏 średnie - kierunek .................................................

🞏 wyższe - kierunek .................................................

🞏 inne - jakie .................................................

Doświadczenie w pracy z dziećmi (proszę krótko opisać):

*Prosimy o wpisanie* ***X*** *przy wybranych opcjach:*

Chcę wziąć udział w szkoleniu: 🞏 weekendowym (piątki, soboty, niedziele)

🞏 tygodniowym (od poniedziałku do piątku)

Za szkolenie dokonam wpłaty

🞏 jednorazowo 🞏 w dwóch ratach

🞏 przelewem na konto 🞏 osobiście

Proszę o wystawienie rachunku: 🞏 na firmę (dane należy przesłać mailem, z numerem NIP) 🞏 na osobę prywatną

Skąd pochodzi informacja o naszych szkoleniach?

🞏 strona www 🞏 fb

🞏 gumtree 🞏 olx

🞏 z polecenia 🞏 inne ( jakie?)……………….

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych w celu udziału w szkoleniu*  *zgodnie i na podstawie przepisów Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Zostałam/zostałem poinformowana/ny, że administratorem danych osobowych jest Centrum Psychologiczne „Widnokrąg”  Anna Wierzbicka z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 00-362) przy ul. Gałczyńskiego 4 lok 201 .Oświadczam, iż jestem świadoma/świadomy prawa do wglądu do swoich danych, prawa poprawiania danych oraz prawa do żądania usunięcia danych, a dane zostały podane dobrowolnie.*

*.......................................................*

*data i podpis*

***Serdecznie dziękujemy za wypełnienie formularza.***

Aby zapewnić sobie miejsce na szkoleniu prosimy o wpłatę zaliczki w wysokości 200 zł na konto:

**ING Bank Śląski: 45 1050 1025 1000 0090 7598 7124 Centrum Psychologiczne „Widnokrąg”**

Prosimy w tytule wpisać: *zaliczka na szkolenie* „*nazwa szkolenia”* *oraz* *Państwa imię i nazwisko.*