



Centrum Szkoleniowe
Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie na *szkolenie specjalizacyjne* w zakresie **organizacji pomocy społecznej**.

1. Nazwisko: Imiona:
2. Data i miejsce urodzenia: *dzień*: *miesiąc*: *rok*:
w (miejscowość) *woj.*:
3. Adres zamieszkania: *miejscowość*: Miasto / Wieś^{*)}
ul.: *nr domu*: *nr mieszk.*:
kod ____ - ____ *poczta*: *woj.*:
4. Adres do korespondencji: *miejscowość*: Miasto / Wieś^{*1}
ul.: *nr domu*: *nr mieszk.*:
kod: ____ - ____ *poczta*: *woj.*:
5. Telefon kontaktowy:
6. E-mail:
7. PESEL:
8. Wykształcenie:
9. Miejsce pracy:

W związku z realizacją wymogów 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 (tzw. „RODO”) i po zapoznaniu się z Klauzulą informacyjną SWPW wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, szkolenia i ewaluacji tego procesu w Szkole Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku.

Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Szkołę Wyższą im. Pawła Włodkowica w Płocku w celu przekazywania oferty edukacyjnej i zawodowej oraz informacji o bieżącej działalności Uczelni, z wykorzystaniem środków komunikacji tradycyjnej oraz elektronicznej.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

Podpis kandydata

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający wykształcenie