



WIELKOPOLSKI INSTYTUT KSZTAŁCENIA PRZEDMEDYCZNEGO
NIEPUBLICZNA PLACÓWKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz
tel. +48 515 400 001
e-mail: biuro@paab.pl
www.paab.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DLA NAUCZYCIELI

Dane uczestnika kursu wymagane Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 stycznia 2012 r. (Dz.U. 2012 poz. 186) w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych, gromadzone na potrzeby udokumentowania uczestnictwa kursanta w zajęciach oraz ujęcia w Ewidencji Wydanych Zaświadczeń PAAB Placówki Kształcenia Ustawicznego celem wydania imiennego zaświadczenia oraz certyfikatu. Administratorem zebranych danych osobowych jest PAAB Wielkopolski Instytut Kształcenia Przedmedycznego Paweł Pawlik, ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz.

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

| | | |
|--|---|--|
| IMIĘ, IMIONA | | |
| NAZWISKO | | |
| PESEL | | |
| DATA URODZENIA | | |
| MIEJSCE URODZENIA | | |
| WOJ. URODZENIA | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | mięscowość/ulica/ nr domu / miesz. | |
| | kod pocztowy / mięscowość | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | |
| ADRES E-MAIL | | |
| WYKSZTAŁCENIE (postaw X przy właściwym) | licencjat/inżynier z przygotowaniem pedagogicznym | |
| | mgr z przygotowaniem pedagogicznym | |
| | nauczyciel akademicki | |
| | inne z uprawnieniami nauczycielskimi | |
| TERMIN SZKOLENIA / KURSU | | |
| TYP SZKOLENIA / KURSU* | | |
| DANE DO FAKTURY Z NUMEREM NIP | | |

Oświadczenie

Niniejszym w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. "O ochronie danych osobowych" (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PAAB Wielkopolski Instytut Kształcenia Przedmedycznego w Swarzędzu w celach związanych z prowadzoną działalnością edukacyjną, finansowo-księgowych oraz korespondencyjnych. Jednocześnie oświadczam, że moje dane osobowe podaję dobrowolnie i jest mi znane prawo do ich wglądu oraz poprawiania. Zgadzam się z powyższym oświadczeniem i jednocześnie potwierdzam własnoręcznym podpisem chęć uczestnictwa w w/w formie doskonalenia.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis uczestnika kursu)

*Typ kursu

1. Szkolenie kwalifikacyjne dla nauczycieli nadające uprawnienia do nauczania pierwszej pomocy (SDN)
2. Kurs Instruktorski IFACC dla nauczycieli (FAI-T)

DO FORMULARZA ZAŁĄCZ: 1. Dyplom ukończenia studiów wyższych, 2. Dokument potwierdzający kwalifikacje pedagogiczne, 3. Zaświadczenie o zatrudnieniu w placówce oświatowej