***FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY***

***Studia podyplomowe***

Projekt: *„Dwujęzyczna Opolszczyzna – program wychowania do dwujęzyczności skierowany do przedszkoli Aglomeracji Opolskiej”*

***PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deklaruję chęć uczestnictwa w studiach podyplomowych na kierunku:**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  *(nazwa kierunku)* | | | | | | | |
| *DANE PODSTAWOWE* | | | | | | | |
|  | Imię (imiona) | |  | Nazwisko | |  | |
|  | Data urodzenia | |  | PESEL | |  | |
|  | Telefon kontaktowy (komórkowy) | |  | e-mail | |  | |
| ***WYKSZTAŁCENIE*** | | | | | | | |
|  |  | | *I stopnia (licencjackie/inżynierskie)* | | *II stopnia (magisterskie)* | | |
| Wykształcenie | |  | |  | | |
| Data ukończenia | |  | |  | | |
| Nazwa i adres uczelni | |  | |  | | |
| Kierunek | |  | |  | | |
| Uzyskany tytuł | |  | |  | | |
| ***DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA*** | | | | | | | |
|  | | Nazwa Zakładu Pracy |  | | | | |
|  | | Adres |  | | | | |
|  | | Telefon do zakładu pracy |  | | | | |
|  | | Staż pracy (ogółem) |  | Data zatrudnienia u obecnego pracodawcy | | |  |
|  | | Stanowisko pracy |  | | | | |

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO))

□ Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w studiach podyplomowych zamieszczonym na stronie internetowej.

□ Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że studia podyplomowe są współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Unii Europejskiej.

……………. ………………………………………

DATA PODPIS UCZESTNIKA PROJEKU

**Czytelnie wypełniony i podpisany formularz prosimy przekazać w oryginale   
do Biura Projektu:**

Regionalny Zespół Placówek Wsparcia Edukacji w Opolu, ul. Głogowska 27, 45-315 Opole,

**Jakub Owczarek**

tel. (77) 404 75 79, wew. 120

e-mail:jowczarek@rzpwe.opolskie.pl