

INDYWIDUALNE ZGŁOSZENIE NA KURS KWALIFIKACYJNY

Nazwa kursu kwalifikacyjnego:

.....

Dane osobowe kandydata:

Nazwisko

Imiona -

Data urodzenia Miejsce

Ukończona uczelnia/rok

Województwo

Status zawodowy
stażysta mianowany kontraktowy dyplomowany

Wykształcenie
mgr licencjat inne, jakie?

Przygotowanie pedagogiczne Staż pracy
tak nie

Miejsce zatrudnienia:

a) powiat (ziemski, grodzki - nazwa):

b) nazwa placówki:

c) adres i tel. placówki:

Stanowisko:

Nauczany przedmiot:

Adres do korespondencji:

(kod)

(miejscowość)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(telefon)

(e-mail)

Oświadczenie kandydata:

1. Zgadzam się na użycie moich danych osobowych w celu stworzenia bazy danych W-M ODN w Olsztynie. Dane te są objęte ochroną i nie będą udostępniane osobom trzecim.
2. Zobowiązuje się do pokrycia kosztów szkolenia.

Czytelnie wypełniony formularz prosimy przesłać pod adres organizatora:

W-M ODN w Olsztynie, 10-447 Olsztyn, ul. Głowackiego 17 tel. (89) 522-85-00, fax. (89) 522-85-25

lub Filia W-M ODN w Olecku, 19-400 Olecko, ul. Kopernika 6 tel. (87) 621-78-13

e-mail: wmodn@wmodn.olsztyn.pl, www.wmodn.olsztyn.pl

nr konta bankowego: 32 1240 5598 1111 0010 3723 3496