INDYWIDUALNE ZGŁOSZENIE
NA SZKOLENIE

Nazwa formy .....

Liczba porządkowa według oferty .....

Dane osobowe kandydata:

Nazwisko

Imiona

Data urodzenia

dzień miesiąc rok

Miejsce urodzenia

Województwo

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)*

Wykształcenie kandydata: .....

Uczelnia: .....

.....

*(pieczęć i podpis dyrektora)**

**** dotyczy tylko grantów***

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. Zoboiązuję się do pokrycia kosztów szkolenia.

.....

(data i podpis)

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 Ełku, 19-300 Ełk, ul. Kościuszki 25 tel. (87) 621-78-13
e-mail: wmodn@wmodn.olsztyn.pl
www.wmodn.olsztyn.pl

nr konta bankowego: 59 11602202 0000 0000 3236 2822