*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie   
Akademia Równych Szans - wspieranie rozwoju kompetencji kluczowych uczniów   
szkół podstawowych i gimnazjów w gminie Kamionka Wielka*

**formularz ZGŁOSZENIA na szkolenie/kurs   
lub DO UDZIAŁU W SIECI WSPÓŁpRACY I SAMOKSZTAŁCENIA**

**w ramach projektu *Akademia Równych Szans – wspieranie rozwoju kompetencji kluczowych uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w gminie Kamionka Wielka***

**Tytuł formy:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nazwisko:** …………………………………………………………**Imię:** ………………………………………………………………………

**Data urodzenia:** ………………………………………………… **Miejsce urodzenia:** ………………………………………………

**Telefon kontaktowy:** ………………………………………………… **E-mail:** …………………………………………………………

**Stopień awansu zawodowego:** ……………………………………………………………… **Staż pedagogiczny:** …………

**Nauczane przedmioty:** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Nazwa szkoły:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Miejscowość:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Typ szkoły:** 🞏 szkoła podstawowa (kl. 1-3) /szkoła podstawowa (kl. 4-8) /proszę podkreślić właściwe/  
 🞏 gimnazjum/ klasy gimnazjalne

**Telefon:** ………………………………………………………… **E-mail:** ………………………………………………………………………

**wymagane Oświadczenia**

W przypadku uczestnika projektu z niepełnosprawnościami można wskazać specjalne potrzeby wynikające z tych niepełnosprawności, związane z udziałem w projekcie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

🞏 Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Akademia Równych Szans - wspieranie rozwoju kompetencji kluczowych uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w gminie Kamionka Wielka* *cz. II Zasady rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli* *w ramach projektu* i akceptuję jego postanowienia.

🞏 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli moich danych osobowych podanych w Formularzu zgłoszenia na szkolenie/kurs/ lub do udziału w sieci współpracy i samokształcenia w celu zgłoszenia i uczestnictwa w niniejszym szkoleniu oraz w celach ewaluacji i sprawozdawczości prowadzonej przez Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli.

🞏 Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem podanych przez mnie danych osobowych jest Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli, ul. Lubelska 23, 30-003 Kraków.

🞏 Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

🞏 Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

🞏 Przyjmuję do wiadomości, że podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych podanych w Formularzu zgłoszenia jest Ustawa z dnia 29 sierpnia 1998 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

……………………………………………………………… ……………………………………………………………

Miejscowość i data Podpis uczestnika