..................................................... zakwalifikowano na kurs: ............/...........

Nazwisko i imię

................................................................. .................................................................

Adres: kod, miejscowość, ulica, numer adres poczty elektronicznej

………………………………………… .................................................................

PESEL telefon kontaktowy

**D E K L A R A C J A**

**uczestnictwa**

Proszę przyjąć mnie na kurs: ......................................................................................................

podać nazwę kursu / specjalność / poziom. Przy kursie pedagogicznym – zawód, w którym będziemy uczyć

DANE OSOBOWE

Data urodzenia:.......................... miejsce urodzenia: ....................................... województwo: .........................

Wykształcenie: ..................................................................................................................................................

Nazwa zakładu pracy: .........................................................................................................................................

( w przypadku skierowania z zakładu)

OŚWIADCZENIE:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku przerwania nauki z własnej winy lub opuszczenia bez usprawiedliwienia 20% godzin zajęć, zobowiązuję się do wniesienia pełnej opłaty ustalonej przez Centrum Kształcenia Zawodowego Warmińsko-Mazurskiej Izby Rzemiosła i Przedsiębiorczości w Olsztynie.

Równocześnie przyjmuję do wiadomości, że zwrot wpłaconej zaliczki może nastąpić jedynie w szczególnych wypadkach i to:

- nie dojścia do skutku kursu

- udokumentowania choroby kandydata

- przeniesienia lub przeprowadzki do innej miejscowości

- powołania do długoterminowej służby wojskowej

- innych przyczyn losowych należycie udokumentowanych

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, ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE.L nr 119, str.1), niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących dane zawarte w powyższej deklaracji przez Warmińsko-Mazurską Izbę Rzemiosła i Przedsiębiorczości w celu:

* przeprowadzenia kursu 🞎 tak 🞎 nie

W związku z przetwarzaniem przez Warmińsko-Mazurską Izbę Rzemiosła i Przedsiębiorczości Pani/Pana danych osobowych, na podstawie art. 15-21 RODO przysługuje Pani/Panu, w prawnie uzasadnionych sytuacjach prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

Olsztyn, dnia: ................................... ...............................................................

Podpis kandydata

Wpłatę w wysokości: .......................................

należy wpłacić na konto: **PEKAO S.A. 91 1240 5598 1111 0000 5025 9083**

potwierdzenie wpłaty (wypełnia pracownik Izby): data;............................. numer operacji: ......................... kwota: .........................

podpis pracownika Izby: ................................................