

# 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, Plac Wolności 2 tel. (87) 621-78-13

e-mail: [wmodn@wmodn.olsztyn.pl](mailto:wmodn@wmodn.olsztyn.pl), [www.wmodn.olsztyn.pl](http://www.wmodn.olsztyn.pl)

**nr konta bankowego: 85 1030 1218 0000 0000 9252 2024**