

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS PSYCHOTERAPII

### DANE OSOBOWE:

Nazwisko: .....

Imiona: .....

Nr telefonu: .....

e-mail: .....

Data urodzenia: rok ..... miesiąc ..... dzień ..... miejsce ur. ....

PESEL: .....

Adres do korespondencji: *miejsowość*, .....

*kod pocztowy* ..... *Ulica* ..... *nr*.....

*województwo* .....

### WYKSZAŁCENIE I DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE:

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

*(Wykształcenie, ukończone kursy i szkolenia związane z psychoterapią/psychologią, wykonywany zawód/specjalizacja)*

### DOŚWIADCZENIE W PRACY Z LUDŹMI – PROSZĘ PODAĆ MIEJSCA PRACY I STAŻ W MC/LATACH (PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ, STAŻE, WOLONTARIAT, ZAKRES OBOWIĄZKÓW):

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

### MIEJSCE PRACY I ADRES:.....

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

## WARUNKI PRZYJĘCIA NA KURS

Warunki uczestnictwa w kursie

- dostarczenie do Centrum Edukacyjnego Technik Sp. z o. o. wypełnionego formularza zgłoszeniowego oraz dokumentów wymaganych odpowiednio do kursu

- uiszczenie przedpłaty na konto Centrum Edukacyjnego Technik Sp. z o. o.

Centrum Edukacyjne Technik Sp. z o. o. potwierdza złożenie w dniu ..... dokumentów, wymaganych od osób zainteresowanych udziałem w kursie

- Formularz zgłoszeniowy
- Dowód opłaty

## OŚWIADCZENIE:

Centrum Edukacyjne Technik Sp. z o. o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Przemysłowej 9A oraz Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej z siedzibą w Krakowie przy ul. Sikorskiego 2/8; jako Administrator danych, informuje Pana/Panią, iż:

1. Podanie danych jest dobrowolne w celu rozpoczęcia procesu rekrutacji.
2. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
3. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust.1 pkt. a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
4. Dane przechowywane będą do okresu zakończenia procesu rekrutacji.
5. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do GODO gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczy naruszania przepisów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
6. Inspektorem ochrony danych w Centrum Edukacyjnym Technik Sp. z o. o. jest Pan Kazimierz Duda, adres e-mail: iodo@technik.slupsk.pl

Jednocześnie informujemy, iż przesłanie drogą elektroniczną/osobiste złożenie kompletu dokumentów jest równoznaczne z akceptacją powyższej klauzuli.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis kandydata)

.....  
(podpis osoby przyjmującej dokumenty)

## DANE DO FAKTURY:

W dniu składania dokumentów przedłożono dowód wpłaty w kwocie ..... (wpisowe 200 PLN). Wpłat należy dokonywać na rachunek :

Dane do faktury

**CENTRUM EDUKACYJNE TECHNIK Sp. z o.o.**  
ul. Przemysłowa 9A, 76-200 Słupsk  
**REGON 771254568**  
**NIP 839-26-36-859**

Numer konta bankowego

PKO BP SA w Słupsku

38 1020 4649 0000 7302 0006 5862