|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** (Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI) | | |
| Nazwa szkolenia | Monter izolacji przemysłowych | |
| Termin szkolenia |  | |
| Imię i nazwisko uczestnika szkolenia |  | |
| Adres zamieszkania :  ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość |  | |
| Data urodzenia |  | |
| Miejsce urodzenia |  | |
| PESEL |  | |
| Wykształcenie |  | |
| Tel. kontaktowy |  | |
| Adres mailowy |  | |
| Osoba do kontaktu, w razie wypadku podczas szkolenia | Imię i nazwisko | Nr telefonu |
|  |  |
| Koszt kursu/szkolenia pokrywa: | zakład pracy / kursant/ UP\* \*niepotrzebne skreślić | |
| Dane do rachunku:  Pełna nazwa firmy (wypełnić jeśli dotyczy) |  | |
| Adres:  Ulica, nr lokalu, kod, miejscowość |  | |
| NIP |  | |

**1. KLAUZULA INFORMACYJNA (RODO)**

Zgodnie z art.13ust.1i2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Szkolenia Zawodowego z siedzibą w Krapkowicach, ul. Opolska 75, 47-300.

2. Inspektorem ochrony danych w Centrum Szkolenia Zawodowego w Krapkowicach jest Pan Mariusz Majewski, [mmajewski@csz.com.pl](mailto:mmajewski@csz.com.pl)

3. Pani/Pan dane osobowe przetwarzane będą w celu stworzenia dokumentacji szkoleniowej na podstawie art.6ust.1lit.c oraz w celach marketingowych.

*4*. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania),którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów ochrony danych osobowych.

7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest: wymogiem ustawowym.

*8.* Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

…………………………………. …………………………………………  
 data czytelny podpis

**2. UDOSTĘPNIANIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (RODO)**

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie i ewidencjonowanie moich danych osobowych przez administratora danych Centrum Szkolenia Zawodowego z siedzibą w Krapkowicach ul. Opolska 75, numer KRS 0000180120 dla celów szkolenia, przekwalifikowania, statystyki, tworzenia baz danych - zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2018r., poz. 1000)

Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji dotyczących kwestii organizacyjnych, wyników egzaminów oraz dokumentów związanych z realizacją szkolenia/egzaminu swojemu pracodawcy

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

……………………………………………………..  
 Data i podpis uczestnika szkolenia

3. **PUBLIKACJA WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach uczestnictwa w szkoleniu przeprowadzanym przez Centrum Szkolenia Zawodowego (w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami), rozpowszechnianie oraz publikowanie materiałów służących popularyzacji działań w zakresie edukacji CSZ poprzez:

1. media elektroniczne, w szczególności na stronach internetowych oraz mediach społecznościowych (w tym Facebook, Linkedin, itp.);
2. prasie;
3. broszurach, ulotkach, gazetkach itp.

w okresie 5 lat od podpisania niniejszej Zgody.

Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw

CSZ może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej Zgodzie, w celu promocji działań w zakresie edukacji CSZ. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie

……………………………………………………..  
 Data i podpis uczestnika szkolenia

**OŚWIADCZENIE PŁATNIKA INDYWIDUALNEGO:**

1. Potwierdzam moje uczestnictwo w szkoleniu i zobowiązuję się do wpłacenia zaliczki za kurs „Monter izolacji przemysłowych” w wysokości 1000,00 zł na tydzień przed dniem rozpoczęcia szkolenia na rachunek bankowy nr 47 1050 1487 1000 0022 7706 5484 Centrum Szkolenia Zawodowego, ul. Opolska 75, 47-300 Krapkowice.
2. Zobowiązuję się do uregulowania pozostałej należności w wysokości 3500,00 zł do końca pierwszego tygodnia trwania szkolenia pod rygorem nie wydania zaświadczenia/uprawnień   
   oraz dochodzenia należności w Sądzie.

……………………………………………………..  
 Data i podpis uczestnika szkolenia

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA**

Informuję, że zapoznałem się z Regulaminem Centrum Szkolenia Zawodowego i akceptuję jego warunki.

Zobowiązuję się do nierozpowszechniania uzyskanych materiałów szkoleniowych, będących własnością CSZ.

Wszelkie spory wynikające z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd Arbitrażowy przy Opolskiej Izbie Gospodarczej w Opolu zgodnie z regulaminem tego Sądu.

……………………………………………………  
 Data i podpis uczestnika szkolenia