|  |  |
| --- | --- |
| Obraz zawierający tekst, Czcionka, Grafika, zrzut ekranu  Opis wygenerowany automatycznie | **ANKIETA ZGŁOSZENIOWA** |
| **STUDIUM PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY DOMOWEJ**  **I stopnia**  **(kurs podstawowy)** |
| **edycja/termin kursu:**  **…………………………………………………………………………….** |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres do korespondencji  (z nr kodu pocztowego  i województwem) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Wykształcenie (ukończona szkoła  i wyuczony zawód) |  |
| Aktualne miejsce pracy (nazwa placówki, adres z nr kodu oraz  nr telefonu) |  |
| Wykonywany zawód i staż pracy (zgodnie z umową o pracę, zlecenie, dzieło lub wolontariat) |  |
| Staż pracy w obszarze przemocy w rodzinie |  |
| Udział w ważniejszych szkoleniach własnych (treningi psychologiczne, warsztaty) – prośba  o wymienienie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motywacja do udziału w kursie |  |

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w bazie danych przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego z siedzibą ul. Gęślarska 3 02-412 Warszawa do celów korespondencyjnych, przeprowadzania szkoleń w ramach Instytutu teraz i w przyszłości zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z 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-RODO). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ………………………………………………………………………. |
| data | podpis |