***KWESTIONARIUSZ SŁUCHACZA***

***(prosimy o staranne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI)***

*Nazwa kursu:*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DANE OSOBOWE:**

Nazwisko ……………………………………………………..…………………………………

Imię (imiona) ……………………………………………………………………………………

Data urodzenia .......................................... Miejsce urodzenia …………………………………

PESEL ...............................................................................

Seria i nr dowodu osobistego ***(w przypadku braku nr. PESEL)*** …….................................................

Obywatelstwo …………………………..

Imiona rodziców ...........................................................................................................................

Adres zamieszkania …….............................................................................................................

Kod pocztowy ............................... Miejscowość .......................................................................

Telefon .................................. Adres e-mail .................................................................................

Osoba, która należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, telefon)

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

Przebieg dotychczasowej nauki:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkoły** | **profil/zawód** | **Rok ukończenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 *(czytelny podpis kandydata/kandydatki)*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

* Przetwarzanie przez organizatora kursu moich danych osobowych wyłącznie do celów związanych z realizacją procesu dydaktycznego, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych
* Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej
za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

*(czytelny podpis kandydata/kandydatki)*

**Szanowni Państwo, informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Szkół Budowlanych im. Żołnierzy Armii Krajowej w Olsztynie, ul. Żołnierska 15, 10-558 Olsztyn, e-mail: kkz@zsb.olsztyn.eu
2. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu dokonania zapisu Państwa na kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uczestnictwa w kwalifikacyjnym kursie zawodowym.
3. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych w zakresie wynikającym z przepisów prawa.
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu, tj. udziału w postępowaniu rekrutacyjnym na kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz późniejsze uczestnictwo w kwalifikacyjnym kursie zawodowym.
W przypadku nie podania danych zarówno udział w postępowaniu rekrutacyjnym jak i uczestnictwo
w kwalifikacyjnym kursie zawodowym będzie niemożliwe.
5. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych

*Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Zespół Szkół Budowlanych im. Żołnierzy Armii Krajowej w Olsztynie oraz zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych.*

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

 *(czytelny podpis kandydata/kandydatki)*