



Z W I Ą Z E K N A U C Z Y C I E L S T W A P O L S K I E G O

OUPIŚ

OŚRODEK USŁUG PEDAGOGICZNYCH I SOCJALNYCH – PLACÓWKA

F I L I A W K A T O W I C A C H

Rok założenia
1905
ww

40-015 Katowice, ul. Starowiejska 11

tel./fax.: 32 253-88-02

www.katowice.oupis.pl

e-mail: oupiskat@znp.edu.pl

ZAPRASZAMY

na szkolenie uzupełniające - 8 godz. dydaktycznych

Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy

w dniu **21 marca** 2014 od godz. 9⁰⁰ – 15^{00/piątek}

Odpłatność od uczestnika 130,00 zł. *

**przelewem na wskazane konto po otrzymaniu faktury w dniu szkolenia.*

Płatnikiem za szkolenie jest placówka, w której uczestnik pełni funkcję ZSIP.

Uczestnicy otrzymują: zaświadczenie, materiały szkoleniowe, oraz poczęstunek.

Kartę zgłoszenia prosimy przesłać do dnia 10/03/2014 r.

tel./fax.: 32 253 88 02

/dostępna w załączniku lub na stronie www.katowice.oupis.pl/

Zajęcia odbędą się w ZNP ZO Siemianowice Śląskie

ul. Olimpijska 2a

Telefon: 32/ 608-69-97

E-mail: siemianowice_slaskie@znp.edu.pl

Zapraszamy do korespondencji: ksztalcenie_oupiskat@znp.edu.pl

PROWADZIMY SZKOLENIA RAD PEDAGOGICZNYCH



**OŚRODEK USŁUG PEDAGOGICZNYCH I SOCJALNYCH – PLACÓWKA
FILIA W KATOWICACH**

Rok założenia
1905
ww

40-015 Katowice, ul. Starowiejska 11

tel./fax.: 32 253-88-02

www.katowice.oupis.pl

e-mail: oupiskat@znp.edu.pl

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

/PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI/

.....
TEMAT DATA REALIZACJI

IMIĘ I NAZWISKO

Data urodzenia..... Miejsce ur.

Adres zamieszkania

(Kod pocztowy)

(Miejscowość Miasto/Wieś*/niepotrzebne skreślić)

(Ulica)

(Nr)

(Telefon)

e-mail)

Miejsce zatrudnienia

(Kod pocztowy)

(Miejscowość) Miasto/Wieś*/niepotrzebne skreślić/

(Ulica)

(Nr)

(Telefon)

(e-mail)

Stanowisko Staż pracy stopień nauczyciela

Nauczany przedmiot.....

Kwota do zapłaty: PLN /GOTÓWKA*/PRZELEW*/
*/niepotrzebne skreślić/

Dokładne dane do faktury placówki oświatowej placącej za szkolenie:

/nazwa szkoły, placówki, Wydział Edukacji, ZOJO itp./

Nazwa

Kod..... Miejscowość

ulica, nr NIP

OŚWIADCZENIE: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i umieszczenie ww. danych w bazie danych prowadzonej przez ZNP ZG OUPiS Filia w Katowicach. Jednocześnie oświadczam, że jest mi znane prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

W PRZYPADKU BRAKU REZYGNACJI ZE SZKOLENIA UCZESTNIK ZOSTANIE OBCIĄŻONY KOSZTAMI

.....
(akceptacja dyrektora placówki)

.....
(data)

.....
(podpis uczestnika)

Wypełnioną kartę prosimy przesłać tel./fax: 32 253 88 02 lub
ksztalcenie_oupiskat@znp.edu.pl