** Cech Rzemiosł Różnych i Przedsiębiorczości w Gliwicach
ul. Raciborska 2 , 44 -100 Gliwice
tel. 32 231-39-92, 512-733-940 , fax. 32 2319414**e- mail: biuro@cechrr.gliwice.pl

|  |
| --- |
| **Z G Ł O S Z E N I E – UMOWA UCZESTNICTWA W KURSIE** |
| **Nazwa kursu :** | **Kurs pedagogiczny dla Instruktorów Praktycznej Nauki Zawodu** |
| **Data rozpoczęcia i data zakończenia** | **18.08.2020r. – 31.08.2020r.** |
| **Miejsce kursu**  | **Cech Rzemiosł Różnych i Przedsiębiorczości w GliwicachI piętro, sala konferencyjno - szkoleniowa** |

|  |
| --- |
| **Dane osobowe Uczestnika kursu**  |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Miejsce urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres mailowy**  |  |
| Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 lutego 2019r. ( Dz. U. 2019r., poz. 391)§ 10 ust. 4 pkt 1-5, **Oświadczam, że spełniam co najmniej jedno z wymagań określonych poniżej :(należy zakreślić jedno z poniższych okien wyboru)** |
| **□** posiadam tytuł zawodowy w zawodzie, którego będę nauczać, lub w zawodzie pokrewnym dla zawodu, którego będę nauczać i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać oraz :a) świadectwo ukończenia technikum, branżowej szkoły II stopnia, technikum uzupełniającego, szkoły równorzędnej .b) świadectwo ukończenia szkoły policealnej, dyplom ukończenia szkoły pomaturalnej lub policealnej **□** posiadam tytuł robotnika wykwalifikowanego lub równorzędny w zawodzie, którego będę nauczać i co najmniej czteroletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać , oraz :a) świadectwo ukończenia liceum ogólnokształcącego, liceum zawodowego, liceum technicznego, liceum profilowanego lub uzupełniającego liceum ogólnokształcącegob) świadectwo ukończenia technikum, branżowej szkoły II stopnia lub technikum uzupełniającego, kształcących w innym zawodzie niż ten którego będę nauczać, | **□** posiadam dyplom ukończenia studiów na kierunkuodpowiednim dla zawodu którego będę nauczać oraz co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać**□** posiadam dyplom ukończenia studiów na innym kierunku niż odpowiedni dla zawodu, którego będą nauczać oraz co najmniej czteroletni staż pracy w zawodzie którego będą nauczać**□** posiadam tytuł zawodowy w zawodzie, którego będę nauczać lub w zawodzie pokrewnym dla zawodu, którego będę nauczać i co najmniej sześcioletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać oraz świadectwo ukończenia zasadniczej szkoły zawodowej lub branżowej szkoły I stopnia**□** posiadam tytuł mistrza w zawodzie, którego będę nauczać lub w zawodzie wchodzącym w zakres zawodu, którego będę nauczać. **□** posiadam świadectwo ukończenia średniego studium zawodowego oraz tytuł robotnika wykwalifikowanego lub równorzędny w zawodzie, którego będę nauczać, i co najmniej czteroletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać  |

**OSOBA DO KONTAKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Telefon** |  |
| **E- mail** |  |
| **Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.**Oświadczam, że akceptuje Regulamin organizacji Szkoleń w Ośrodku Szkolenia Cechu Rzemiosł Różnych i Przedsiębiorczości w Gliwicach z dnia 19.06.2012r.Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych tj. (Dz.U. z 2018r. poz. 1000) wyrażam zgodę na umieszczenie , przetwarzanie i wykorzystanie danych osobowych w bazie **Ośrodka Szkolenia Cechu Rzemiosł Różnych i Przedsiębiorczości w Gliwicach dla celów szkoleniowych** w związku z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji kursu **„Kurs pedagogiczny dla Instruktorów Praktycznej Nauki Zawodu”** |
| **Data i czytelny podpis uczestnika wyrażającego zgodę**  |  |
| **Data i czytelny podpis osoby zgłaszającej wyrażającej zgodę**  |  |
| **Płatność:** Należność za uczestnictwo przed rozpoczęciem w szkoleniu prosimy wpłacać przelewem na konto : **BANK SANTANDER / Nr Konta 36 1090 1766 0000 0000 7503 3086****Cena :** 960,00 złotych brutto od osoby(Cena za szkolenie obejmuje : koszty administracyjne, materiały szkoleniowe, obsługę szkolenia) |
| **Data przyjęcia formularza** |  |
| **Podpis przyjmującego** |  |