



(pieczęć szkoły/placówki)

Dnia.....

ŁÓDZKIE CENTRUM DOSKONALENIA AUCZYCIELI I KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO  
ul. Kopcińskiego 29  
90-142 Łódź

**KARTA ZGŁOSZENIA  
KLIENTA INDYWIDUALNEGO**

RODZAJ USŁUGI EDUKACYJNEJ: **Warsztaty metodyczne**

TEMAT USŁUGI EDUKACYJNEJ: **AKADEMIA POMIARU DLA NAUCZYCIELI SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH Opracowanie materiałów wspomagających nauczyciela w przygotowaniu uczącego się do sprawdzianów szkolnych i egzaminów zewnętrznych.**

PROJEKTOWANY(E) TERMIN(Y) \* **28 WRZEŚNIA 2015 R. GODZINA 14.30. SALA 210**

KIEROWNIK/ORGANIZATOR: **JADWIGA MIŁOS/ JADWIGA MORAWIEC.**

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **PESEL** \_\_\_\_\_
2. Nazwa szkoły/placówki: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
kod pocztowy: - - - - - tel. szkoły/placówki \_\_\_\_\_  
miejscowość:.....ulica:..... nr .....
3. Adres do korespondencji: kod poczt. - - - - - miejscowość:.....
4. ulica:..... nr .....
5. Telefon \_\_\_\_\_ E-mail .....
6. Funkcja/stanowisko/przedmiot/specjalność.....
7. Opłatę za uczestnictwo w wysokości.....10..... zł pokrywa osoba uczestnicząca

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Łódzkie Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Kształcenia Praktycznego (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych-Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) w celach związanych z wydaniem zaświadczenia o ukończeniu usługi edukacyjnej, rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją oraz w celu służbowego kontaktowania się ze mną.

7. Podpis zgłaszającego się:  
szkoły/placówki/firmy\*\*\*:

8. Akceptacja Dyrektora

.....  
\*\*\* w przypadku ucznia niepełnoletniego, akceptacja jego rodziców

9. Imię i nazwisko nauczyciela szkoły upoważnionego do kontaktu z Centrum (dotyczy usług edukacyjnych dla uczniów):..... nr tel. ....

**Zgłoszenie można wysłać pocztą lub faksem pod numer (42) 678-10-85 do dnia 28.09.2015r.**