



ANKIETA ZGŁOSZENIOWA
STUDIUM PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE
(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

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