

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**  
**STUDIUM PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY DOMOWEJ**  
**I stopnia**  
**(kurs podstawowy)**

**edycja/termin kursu:**

.....

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Adres do korespondencji (z nr kodu pocztowego i województwem)</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Wykształcenie (ukończona szkoła i wyuczony zawód)</b>	
<b>Aktualne miejsce pracy (nazwa placówki, adres z nr kodu oraz nr telefonu)</b>	
<b>Wykonywany zawód i staż pracy (zgodnie z umową o pracę, zlecenie, dzieło lub wolontariat)</b>	
<b>Staż pracy w obszarze przemocy w rodzinie</b>	
<b>Udział w ważniejszych szkoleniach własnych (treningi psychologiczne, warsztaty) – prośba o wymienienie</b>	

<b>Motywacja do udziału w kursie</b>	
--------------------------------------	--

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