



Załącznik nr 1

do regulaminu projektu: Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego
WSCKZiU Konin

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE DLA NAUCZYCIELI

zgłaszam udział w projekcie pn Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego
WSCKZiU Konin”

DANE PODSTAWOWE:

NAZWISKO:

IMIĘ (IMIONA):

PESEL:

DANE KONTAKTOWE:

TEL. STACJONARNY:

TEL. KOMÓRKOWY:

E – MAIL:

ADRES ZAMIESZKANIA

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA:

NR DOMU:

NR LOKALU:

OBSZAR:

MIEJSKI

WIEJSKI

DODATKOWE INFORMACJE:

JESTEM NAUCZYCIELEM PRZEDMIOTUw WSCKZiU w Koninie

DEKLARUJĘ SWÓJ UDZIAŁ W:

ZAZNACZ KRZYŹYKIEM /SZKOLENIE /KURS doskonalący (można wybrać max.2 /, w którym chcesz wziąć udział i które jest zgodne z kierunkiem, na którym uczysz .

Zakres szkolenia / kursu	
Makijaż permanentny	
Kurs wizażu : „Trend make-up”	
Kurs wizażu : „Creative make-up”	
Szkolenie podologiczne II stopnia	
Niechirurgiczne leczenie chorób przyzębia – kurs I stopnia	
Niechirurgiczne leczenie chorób przyzębia -kurs II	
Kurs terapii powięziowej	
Kurs terapii tkanek głębokich	

moich danych osobowych niezbędnych do celów rekrutacji
(zgodnie z Dz.U. z 2016 r., poz.922)

.....

Podpis nauczyciela



Wypełnia Komisja Rekrutacyjna

DECYZJA REKRUTACYJNA:

.....
.....
.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis przewodniczącego komisji rekrutacyjnej

UWAGI:

.....
.....
.....