****

**OLSZTYN 01 – 14 sierpnia 2018**

WARMIŃSKO-MAZURSKI ODDZIAŁ STOWARZYSZENIA
„Wspólnota Polska”
ul. Partyzantów 87

10-402 Olsztyn
tel. **89 5213620** e-mail: olsztyn@swp.org.pl , odnswp@gmail.com

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**1.Kraj**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.Organizacja zgłaszająca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Nazwisko:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Imiona:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. Płeć:** mężczyzna □ kobieta □

**6. Data i miejsce urodzenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dzień Miesiąc Rok Miasto, Państwo

**7. Adres zamieszkania:**

**8. Seria i numer paszportu** ……………………………………………

**9. Znajomość języka polskiego (właściwe podkreślić) BARDZO DOBRA / DOBRA / SŁABA**

**10. Posiadam kartę Polaka: a/ TAK b/ NIE**

**11. Potrzebuję zaproszenia na Akademię do celów wizowych: a/tak b/ nie**

**12. Adres do korespondencji:…………………………………………..**

 **e-mail……………………………………………………………………**

**13. Wykształcenie ………………………………………………………**

**14. Wykonywany zawód……………………………………………….**

**15 . Cel przyjazdu, motywy uczestnictwa…………………………….
UWAGA: Uczestnik jest zobowiązany do zawarcia ubezpieczenia zdrowotnego we własnym kraju na czas pobytu w Polsce.Uczestnik z krajów Unii Europejskiej dodatkowo powinien posiadać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.**

**Organizatorzy nie zwracają kosztów przejazdu.** ………………………………………………………….

*Podpis osoby zgłaszającej*

*Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 (Dz. U. poz. 1000) na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE (2016/679 z dnia 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji Letniej Akademii Kultury i Języka Polskiego przez Oddział Warmińsko-Mazurski Stowarzyszenia \**

*Osoba wyrażająca zgodę ma prawo do dostępu do danych, czyli otrzymania potwierdzenia czy dane są przetwarzane i w jaki sposób, zmiany danych albo ich usunięcia z bazy danych. Okres przechowywania danych zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

**…...............……………………………**

Czytelny podpis

***Projekt współfinansowany w ramach sprawowania***

***opieki Senatu Rzeczypospolitej Polskiej nad Polonią i Polakami za granicą.***