………………………………….. ………………………….

(pieczęć instytucji delegującej) (miejscowość, data)

**CENTRUM DORADZTWA ROLNICZEGO   
w Brwinowie**

Zgłaszam uczestnictwo w formie edukacyjnej:

**Nazwa /tytuł, temat/:**

**„Agroturystyka – doskonalenie zawodowe jednostek samorządu terytorialnego z Małopolski”**

**Rodzaj:** szkolenie

**Termin i miejsce realizacji:** Kraków, 10-12 października 2016

1. **Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………...

**Stanowisko służbowe** …………………………………………………..…………………….….

**Zakres obowiązków na stanowisku** ……………………………………………………………..  
……………………………………………………………………………………………………..

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

1. **Data urodzenia**:………………………….…… **Miejsce urodzenia**:…………………………………..….
2. **Adres do korespondencji**: kod …………… miejscowość: .........................................................................

ulica: ......................................................................................... nr ….............................................................

tel.: …….........……, e-mail: ………………………..….fax: .…..…….……….………………………........

1. **Nazwa i adres instytucji delegującej**: ……………………………………………………………………..

kod pocztowy: ………………miejscowość: ..................................................................................................

ulica: ................................................................................................ nr ..........................................................

tel.: ………………..., e-mail: ………..……………………….fax: .…..…….……….……………………

NIP: ………………………………………………….

1. **Osoba/instytucja pokrywająca koszty uczestnictwa** szkolenie bezpłatne

**Rezerwacja noclegów i wyżywienia**  *(proszę zaznaczyć X)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nocleg** | |  | **Wyżywienie** | | | |
| **10/11.10.2016** |  |  | data | śniadanie | obiad | kolacja |
|  | **10.10.2016** |  |  |  |
| **11/12.10.2016** |  |  | **11.10.2016** |  |  |  |
|  | **12.10.2016** |  |  |  |

*□ Oświadczam, że powyższe szkolenie ma dla uczestnika charakter usługi kształcenia zawodowego   
i jest finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych\* (proszę zaznaczyć X)*

□ *Administratorem podanych na formularzu danych osobowych jest Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie, z siedzibą: ul. Pszczelińska 99, 05-840 Brwinów. Dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182 i 1662) w celach przeprowadzenia ww. szkolenia. Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne do przeprowadzenia ww. szkolenia. Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych Urząd Marszaałkowski Województwa Małopolskiego.*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych przez Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie w celach przeprowadzenia ww. szkolenia.*

…..………........................................................... ............................................

(podpis i pieczęć dyrektora instytucji delegującej) (data i podpis uczestnika)