

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.