**OSWIADCZENIE UCZESTNIKA
KURSU KWALFIAKCYJNEGO**

1. Ja niżej podpisany/a

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

(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/am się Regulaminem organizacji kursu kwalifikacyjnego z zakresu zarządzania oświatą dostępnym na stronie internatowej ZCDN-u (https://zcdn.edu.pl/kurs-kwalifikacyjny/), w tym z klauzulą informacją nt. przetwarzania przez ZCDN danych osobowych uczestników Kursu, i akceptuję zawarte w nim warunki.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [miejscowość, data] | [podpis uczestnika] |