**Powiatowy Ośrodek**

**Doskonalenia Nauczycieli w Kluczborku**

na podstawie Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2019 r. *w sprawie placówek doskonalenia nauczycieli* (Dz.U. 2019.1045) oraz Rozporządzenia z dnia 11 sierpnia 2017 *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać osoba zajmująca stanowisko dyrektora oraz inne stanowiska kierownicze w publicznym przedszkolu, publicznej szkole podstawowej, publicznej szkole ponadpodstawowej oraz publicznej placówce* (Dz.U. 2017.1597 ze zm.)

ogłasza nabór na

**KURS KWALIFIKACYJNY**

**Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA OŚWIATĄ**

**na podstawie zgody Opolskiego Kuratora Oświaty**

**liczba godz. 230**

Celem kursu jest przygotowanie nauczycieli i nadanie kwalifikacji

do pełnienia funkcji dyrektora szkoły/placówki

Planowany termin realizacji: **październik 2020 r. - czerwiec 2021 r.**

Miejsce: Powiatowy Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli

w Kluczborku, ul. Mickiewicza 10

Koszt: **1 100,00 zł**

**Płatność w ratach**

Prosimy o przesłanie karty zgłoszenia do **02.10.2020 r**. pod adres:

PODN, ul. Mickiewicza 10, 46-200 Kluczbork lub

e-mail: [podn@powiatkluczborski.pl](mailto:podn@powiatkluczborski.pl) tel./fax.: 77-418-72-49

Zainteresowani udziałem w kursie kwalifikacyjnym, oprócz zgłoszenia, winni przedłożyć kserokopię dyplomu ukończenia studiów wyższych

SERDECZNIE ZAPRASZAMY

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **temat szkolenia** | **KURS KWALIFIKACYJNY**  **Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA OŚWIATĄ** | | | | |
| **imię i nazwisko** | | | | | |
| **data urodzenia** | | **miejsce urodzenia** | | | |
| **e-mail** |  | | | **telefon** |  |
| **ukończona uczelnia/rok** |  | | | **uzyskany tytuł/ nr dyplomu** |  |
| **stanowisko** |  | | | **nauczany przedmiot** |  |
| **Miejsce pracy**  **(nazwa)** |  | | | **telefon** |  |
| **Nauczyciel:** | **PP □ PSP □ LO □ Technikum □ BS □** inne**□** | | | | |
| Zgodnie z art. 13 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 (*4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)* **informujemy, że**: 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Kluczborku z siedzibą w Kluczborku przy ul. Mickiewicza 10, tel: 77 418 72 49, e-mail: [podn@powiatkluczborski.pl](mailto:podn@powiatkluczborski.pl) 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Powiatowym Ośrodku Doskonalenia Nauczycieli możliwy jest pod numerem tel. nr 77 418 72 49 lub adresem e-mail podn@powiatkluczborski.pl 3. Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cogólnego rozporządzenie j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w Ustawie – Prawo oświatowe z dn. 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 59 z późn. zm.) oraz Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198 z późn. zm.) w celu realizacji statutowych zadań w placówce. 4. Pana/Pani/ dane osobowe przechowywane będą przez okresy określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, zatwierdzonym przez Państwowe Archiwum w Opolu. 5. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.6.  Uczestnikom szkoleń/konkursów przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych. 7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa oświatowego j/w. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów organizacyjnych PODN w Kluczborku, ul. Mickiewicza 10, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018.1000) Zobowiązuję się do pokrycia kosztów szkolenia w uzgodnionym terminie.** | | | | | |
| **Miejscowość, data** | | | | **podpis** | |
| **OBOWIĄZKOWE POLE DO WYPEŁNIENIA DO WYBORU wpłaty dokona:** | | | | | | |
| **NAUCZYCIEL** □ | | | **PLACÓWKA ZATRUDNIAJĄCA** □ | | | |
| **Dane do faktury (adres zamieszkania):**  ul:………………….………………….… nr ……  Kod pocztowy: …………………….……………  Miejscowość: ……………………….………….. | | | **Dane do faktury:**  nazwa płatnika/placówki……………….………………….  ……………………………………………….………………  ……………………………………………….………………  adres ……………………………………………..…………  ……………………………………………….………………  ……………………………………………….………………  NIP …………………………………………….…………… | | | |

**Wypełnioną kartę zgłoszenia należy przesłać pod adres:**

***PODN, ul*. *Mickiewicza 10, 46-200 Kluczbork,***

**lub fax. 77/418-72-49, e-mail: pdn@powiatkluczborski.pl**