……………………………………. ……..…………………………..

pieczęć Komisji Zakładowej miejscowość  data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**na szkolenia związkowe**

***Data i tytuł szkolenia:***

***………………………………*……………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………..……………………**

**Nazwisko i imię:** ………….……………………………………..………………….………………………

Telefon kontaktowy: …………………………………………..……….………………………………………

Adres e-mailowy: …………………………………………..……….……………………………………

Funkcja związkowa (rok wyboru na funkcję): …………… …………………………………………………

 *Stosownie do postanowień art.6. ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku 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 w niniejszym formularzu w celu uczestnictwa w szkoleniu związkowym.*

*Data i podpis: ………………………………………………………………………………………*

**Nazwa organizacji związkowej:** ………………………………..…………………………......

Numer ewidencyjny OZ/OM/ OP/OO: …………………….…………………………………….

 W imieniu organizacji związkowej

 …………………………………..

 podpis osoby upoważnionej

Prosimy o wypełnienie, **podpisanie** i przesłanie **scan** e-mail: **zagraniczne@solidarnosckatowice.pl**