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

*(imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość, data)*

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

*(adres zamieszkania)*

……………………………………….

*(tel. kontaktowy)*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA NA KURS KWALIFIKACYJNY/ INSTRUKTORSKI/ DOSKONALAJĄCY**

I. Dane osobowe nauczyciela

1. Miejsce zatrudnienia: (pełna nazwa placówki oświatowej)

2. Forma nawiązania stosunku pracy:

(umowa o pracę na czas nieokreślony, określony/ na zastępstwo  
 podać okres zawarcia umowy na czas określony/na zastępstwo )

3. Wymiar godzin:

4. Status zawodowy:

(nauczyciel stażysta/kontraktowy/mianowany/dyplomowany)

5. Dotychczasowe wykształcenie:

6. Nazwa ukończonej uczelni,

kierunek, specjalność:

7. Nauczany przedmiot:

II. Informacje o podjętym kursie kwalifikacyjnym

1. Organizator kursu:
2. Dokładny adres organizatora:
3. Czas trwania kursu:  
   (od/do lub ile godzin)
4. Rodzaj kursu:
5. Wysokość opłaty za kurs, wynikająca z zaświadczenia

organizatora kursu, który ma być dofinansowany:

6. Numer konta organizatora kursu:   
 (wypełnić w przypadku **braku dokonania** indywidualnej wpłaty na konto organizatora kursu)

|  |
| --- |
|  |

1. Numer konta osobistego:

(wypełnić tylko w przypadku **dokonania** indywidualnej wpłaty na konto organizatora kursu. Obowiązkowo należy załączyć do wniosku wyciąg z rachunku bankowego wnioskodawcy):

|  |
| --- |
|  |

1. Czy korzystano wcześniej z dofinansowania:

(podać rok, wysokość dofinansowania, kierunek/specjalizację)

|  |
| --- |
|  |

1. Uzasadnienie, że realizowany dany kurs spełnia potrzeby szkoły/przedszkola i jest zgodny z założeniami edukacyjnymi placówki.

|  |
| --- |
|  |

**Wnioskodawca zobowiązany jest załączyć do wniosku zaświadczenie o wysokości kosztu kursu, zaświadczenie o aktualnie realizowanym kursie, a w sytuacji ukończenia – zaświadczenie o jego ukończeniu oraz w przypadku uiszczenia opłaty – potwierdzenie jej zapłaty.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz. U. UE L 119   
z 4 maja 2016 r., s. 1) – zwanego dalej „RODO” − informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Inowrocław z siedzibą w Inowrocławiu przy al. Ratuszowej 36;
2. Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pod nr tel. 52-35-55-347 lub adresem e‑mail: iod@inowroclaw.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w oparciu o ustawę z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762.);
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku:**

**1) nie ukończenia kursu kwalifikacyjnego,**

**2) przerwania kursu przed jego ukończeniem,**

**3) rozwiązania umowy o pracę na prośbę lub z winy nauczyciela w ciągu 2 lat od chwili ukończenia dofinansowanego przez Miasto Inowrocław kursu, zobowiązuję się niezwłocznie zwrócić otrzymaną kwotę dofinansowania.**

…………….…..……………………………..

*(Podpis wnioskodawcy)*

1. Akceptacja organu prowadzącego placówkę

|  |
| --- |
|  |