*Załącznik nr 2 do Zasad organizacji i odbywania praktyk, staży oraz zajęć praktycznych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich*

*WZÓR*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY O ZORGANIZOWANIE**

**□ PRAKTYKI ABSOLWENCKIEJ**

**□ PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
 □ STAŻU  
 □ ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**właściwe zaznaczyć

|  |  |
| --- | --- |
| 1. DANE KANDYDATA: | |
| IMIĘ I NAZWISKO: |  |
| DATA I MIEJSCE URODZENIA: |  |
| OBYWATELSTWO: |  |
| SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO: |  |
| PESEL: |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA I KORESPONDENCJI: |  |
| TELEFON: |  |
| E-MAIL: |  |
| NAZWA SZKOŁY / UCZELNI / INSTYTUTU  (w trakcie lub ukończone) |  |
| KIERUNEK/SPECJALIZACJA |  |
| ROK NAUKI/ROK UKOŃCZENIA |  |
| ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH: |  |
| 1. PREFERENCJE KANDYDATA: | |
| JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA BRPO: |  |
| TERMIN: |  |
| DNI ODBYWANIA:  (od poniedziałku do piątku): |  |
| TYGODNIOWA LICZBA GODZIN: |  |
| ŁĄCZNA LICZBA GODZIN: |  |
| UWAGI: |  |

**□** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji organizacji i odbycia praktyki / stażu / zajęć praktycznych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 data czytelny podpis

|  |  |
| --- | --- |
| 1. OPINIA KIERUJĄCEGO JEDNOSTKĄ ORGANIZACYJNĄ BIURA, W KTÓREJ PLANOWANA JEST PRAKTYKA, W ZAKRESIE MOŻLIWOŚCI PRZYJĘCIA NA PRAKTYKĘ / STAŻ / ZAJĘCIA PRAKTYCZNE.   W PRZYPADKU APLIKANTÓW, OPINIA POWINNA BYĆ DODATKOWO WYRAŻONA POD KĄTEM ZAKRESU PLANOWANYCH CZYNNOŚCI W RAMACH ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH I PROBLEMATYKI ZESPOŁU W CELU WYELIMINOWANIA EWENTUALNEGO KONFLIKTU INTERESÓW, CZY PODEJRZENIA O STRONNICZOŚĆ LUB INTERESOWNOŚĆ W DZIAŁANIU APLIKANTA. | |
| ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **□ WYRAŻAM POZYTYWNĄ OPINIĘ □ WYRAŻAM NEGATYWNĄ OPINIĘ** | |
| INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE:  (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU WYRAŻENIA POZYTYWNEJ OPINII) | |
| IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA: |  |
| PLANOWANE CZYNNOŚCI: |  |
| UWAGI: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 data i podpis kierującego jednostką organizacyjną