**Kujawsko-Pomorski Oddział Stowarzyszenia  
 „Wspólnota Polska” w TORUNIU**ul. Gagarina 34/36 87-100 Toruń  
tel. **+48** **56 6223932;** e-mail: [torun@swp.org.pl](mailto:torun@swp.org.pl)

**TORUŃ 02 – 15 lipca 2017**

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**1.Kraj**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.Organizacja zgłaszająca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Nazwisko:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Imiona:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. Płeć:** mężczyzna □ kobieta □

**6. Data i miejsce urodzenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dzień Miesiąc Rok Miasto, Państwo

**7. Adres zamieszkania:**

**8. Seria i numer paszportu** ……………………………………………

**9. Znajomość języka polskiego (właściwe podkreślić) BARDZO DOBRA / DOBRA / SŁABA**

**10. Posiadam kartę Polaka: a/ TAK b/ NIE**

**11. Potrzebuję zaproszenia na Akademię do celów wizowych: a/tak b/ nie**

**12. Adres do korespondencji:…………………………………………..**

**e-mail……………………………………………………………………**

**13. Wykształcenie ………………………………………………………**

**14. Wykonywany zawód……………………………………………….**

**15 . Cel przyjazdu, motywy uczestnictwa…………………………….  
UWAGA: Uczestnik jest zobowiązany do:  
1/ wpłaty 200 zł. na konto wskazane przez organizatora po otrzymaniu potwierdzenia przyjęcia na akademię.   
2/ zawarcia ubezpieczenia zdrowotnego we własnym kraju na czas pobytu w Polsce.Uczestnik z krajów Unii Europejskiej dodatkowo powinien posiadać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego  
Organizatorzy nie zwracają kosztów przejazdu.**

*Podpis osoby zgłaszającej*

***Projekt współfinansowany w ramach sprawowania opieki Senatu Rzeczypospolitej Polskiej nad Polonia i Polakami za granicą.***