**KARTA ZGŁOSZENIOWA
Szkolenie dziennikarskie w Polskim Radiu dla Zagranicy**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PRAKTYKANTA** | **TERMINY PRAKTYK**  |
| **Imię i nazwisko** |  | **5 - 9.10.2020** | **I sesja**  |
| **Redakcja** |  |  |  |
| **Funkcja w redakcji** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMAT** | **WYBÓR*\*) Proszę zaznaczyć literą ‘X’ pięć wybranych tematów, które najbardziej Państwa interesują.*** |
| 1. **Zajęcia logopedyczne.**
 |  |
| 1. **Zajęcia interpretacyjne.**
 |  |
| 1. **Kreowanie tematu.**
 |  |
| 1. **Sztuka prowadzenia wywiadów.**
 |  |
| 1. **Elementy informacji radiowej.**
 |  |
| 1. **Praca koncepcyjna nad realizacją audycji.**
 |  |
| 1. **Korzystanie z archiwum.**
 |  |
| 1. **Montaż audycji.**
 |  |
| 1. **Dziennikarstwo internetowe.**

. |  |
| 1. **Media społecznościowe.**
 |  |
| **Uwaga!** ***Do zgłoszenia należy załączyć materiał dźwiękowy o charakterze newsowym (z własnym głosem) - do 1 min.*** |

**Więcej informacji o programie i warunkach uczestnictwa na stronie**

<https://ida.pol.org.pl/ogloszenia>

***Zgłoszenia proszę wysłać na adres*** ***redakcja@ida.pol.org.pl*** ***do***

***30 września 2020 r.***

**DANE DO POLISY UBEZPIECZENIOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ (JAK W PASZPORCIE)** |  |
| **NAZWISKO (JAK W PASZPORCIE)** |  |
| **NUMER PASZPORTU** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **CHOROBY PRZEWLEKŁE** |  |
| **LEKI TRWALE PRZYJMOWANE** |  |
| **Tel. kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y ……….………………………..………………,

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację „Pomoc Polakom na Wschodzie” adres siedziby: Jazdów 10 A, 00-467 Warszawa, jako administratora. Dane osobowe, zawarte przeze mnie w przesyłanej do Fundacji dokumentacji, są równoznaczne z wyrażeniem przeze mnie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb przeprowadzenia niezbędnych działań w ramach projektu pn. „Praktyki Media PLus”

Realizacja poszczególnych działań dotyczy przede wszystkim – rekrutacji prowadzonej w ramach praktyk oraz zakupu polisy ubezpieczeniowej.

Zostałem poinformowana o możliwości poprawiania, dokonywania zmian i wycofania zgody w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres mailowy: redakcja@ida.pol.org.pl mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

…………………………..………………

**Podpis**