Karta zgłoszenia uczestnictwa na

~~specjalizację \* kurs kwalifikacyjny \* kurs specjalistyczny~~ \* kurs dokształcający \*

DZIEDZINA/zakres ...................................................................................................................................

TERMIN: ...................................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko: ..................................................................................................................................
2. Telefon: ........................................................ e-mail: ........................................................................
3. Adres zamieszkania : ulica /nr domu .................................................................................................

Kod pocztowy .......-............. Miejscowość .....................................................

1. Data urodzenia : .......................................... Miejsce urodzenia: .......................................................
2. PESEL: ………………………………………………………………….............…………………..
3. Wykształcenie zawodowe: .................................................................................................................
4. Nazwa i rok ukończenia szkoły: .........................................................................................................
5. Numer, data i miejsce wydania prawa wykonywania zawodu ...........................................................

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

1. Miejsce pracy/stanowisko: .................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………….

1. Staż pracy w zawodzie: ......................................................................................................................
2. Ukończone kursy i specjalizacje (rok ukończenia) ............................................................................  
   .............................................................................................................................................................
3. Opłata za szkolenie zostanie uiszczona:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. we własnym zakresie \* 2. przez pracodawcę w całości \* 3. przez pracodawcę w części \* 4. przez sponsora \* | POTWIERDZENIE pracodawcy lub sponsora (w przypadkach b, c lub d): |

OŚWIADCZENIE:

Wyrażam zgodę na zbieranie, przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych   
w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia szkolenia i wydania stosownych dokumentów, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Data ........................................... .................................................

Podpis kandydata do szkolenia

WPŁYNĘŁO dn. .......................................

1. Szkolenie teoretyczne - zaliczone/nie zaliczone\* …………………… ………………………………

data podpis kierownika kursu

1. Szkolenie praktyczne –zaliczone/nie zaliczone\*……………………… ………………………………

data podpis kierownika kursu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* niepotrzebne skreślić*