

Rok szkolny

KARTA ZGŁOSZENIA
na kwalifikacyjny kurs zawodowy

Oznaczenie/nazwa kwalifikacji

Nazwisko:

Imię / imiona:

Imiona rodziców

Data urodzenia:

 - -
dzień miesiąc rok

PESEL

Miejsce urodzenia:

woj.

Adres zamieszkania:

 -
kod

miejsowość

ulica, nr domu, mieszkania

Dowód osobisty:

seria

numer

Organ wydający

Inny dokument tożsamości:

rodzaj

numer

Organ wydający

Telefon kontaktowy:

e-mail:

Wykształcenie:

Zasadnicze
zawodowe

Średnie

Wyższe

Inne

Nazwa ukończonej szkoły:

Rok ukończenia szkoły:

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), administratorem danych osobowych jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego przy ul. Przechodniej 11/15; 42-202 Częstochowa. Dane wykorzystane będą do realizacji organizacji kwalifikacyjnych kursów zawodowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w zakresie organizacji kwalifikacyjnych kursów zawodowych.

....., dnia

(miejsowość)

(dzień, miesiąc, rok)

.....
(czytelny podpis)

Do zgłoszenia dołączam:

1. dokument potwierdzający poziom wykształcenia (oryginał świadectwa lub notarialnie poświadczona kopia),
2. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania kwalifikacji w obrębie zawodu,
3. dowód osobisty - do wglądu

Organizator zastrzega sobie prawo rozpoczęcia kursu po utworzeniu grupy składającej się z co najmniej 20 osób.