- pola oznaczone szarym kolorem tła należy wypełnić obowiązkowo

|  |  |
| --- | --- |
| A. Informacje o szkoleniu | |
| 1. Pełna nazwa szkolenia (wypełnia organizator szkolenia)  **Kwalifikacyjny kurs zawodowy** | 2. Nr szkolenia |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| B. Dane osobowe słuchacza | | | | |
| 3. Nazwisko | | 4. Imię/imiona | | 5. PESEL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  | | 7. Miejsce urodzenia | | 8. Województwo ( miejsca urodzenia) | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C. Dane tele - adresowe | | | | | |
| **9.** **Numer telefonu:** | | | 10. e-mail: | | |
| Adres zamieszkania | | | | | |
| 11. Miejscowość | | 12. Ulica | | | |
| 13. Numer budynku | 14. Numer lokalu | 15. Kod pocztowy   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  |  | | | 16. Poczta | 17. Województwo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D. Opłata za kurs | | |
| 18. Indywidualnie   |  | | --- | |  | | 19. Firma  …………………………………………………….. | 20. Projekt  …………………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| E. Wykształcenie (zaznaczyć właściwe – gdy wymaga tego specyfika danego kursu) | | | | |
| niepełne podstawowe | podstawowe | gimnazjalne | zasadnicze zawodowe | średnie zawodowe |
| średnie ogólne | policealne | wyższe zawodowe | wyższe magisterskie | doktoranckie |

Słuchacz ma prawo zgłosić brak zgody na umieszczanie jego imienia i nazwiska na zbiorczych listach, które powstają w związku z realizacją szkolenia, przed datą jego rozpoczęcia.

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody[[1]](#footnote-1) na wykorzystanie wizerunku w związku z udziałem w szkoleniu organizowanym przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w celu realizacji działań promocyjnych ZDZ

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na otrzymywanie oferty Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Białymstoku.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z obowiązkiem informacyjnym Administratora w zakresie przetwarzania moich danych osobowych, który jest dostępny na stronie internetowej [www.zdz.bialystok.pl](http://www.zdz.bialystok.pl) oraz w Ośrodkach Kształcenia Zawodowego ZDZ w Białymstoku.

# ............................................................ ..............................................................................

/data i podpis przyjmującego/ /data i podpis słuchacza/

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)