**ZGŁOSZENIE**

**NA KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY**

Proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa kwalifikacji** |  |
| **Symbol kwalifikacji** |  |

\*proszę wypełnić drukowanymi literami,

\*\* wypełnić w przypadku nie posiadania numeru PESEL

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko\* |  |
| Imię\* |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia\* |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość\*\* |  |
| Imię ojca |  | Imię matki |  |
| Adres zameldowania |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Nr telefonu do kontaktu |  |
|  e-mail |  |
| wykształcenie | podstawowe |  | gimnazjalne |  | średnie |  | wyższe |  |
| Nazwa ostatniej ukończonej szkoły |  |
| Ukończony kwalifikacyjnego kursu zawodowego | Nazwa kursu: |
| Numer kwalifikacji: |
| Załączniki | Świadectwo ukończenia ostatniej szkoły  |  |
| Badania lekarskie (lekarz medycyny pracy) |  |
| Kserokopia dowodu osobistego |  |
|  | Kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

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

Miejscowość, data Czytelny podpis