**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