

# Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie

UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami



ZAKŁAD  
DOSKONALENIA  
ZAWODOWEGO  
LESZNO

**NAZWA KURSU:** .....

**DANE TELEADRESOWE:**

Nazwisko		Imiona	
Nazwisko rodowe		Imię ojca	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL		Obywatelstwo	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica, nr domu		Miejscowość	
Gmina/Powiat		Województwo	
Nr telefonu		Adres e-mail	

**WYKSZTAŁCENIE:**

Wykształcenie zawodowe			
Nazwa ukończonej szkoły medycznej			
Uzyskany tytuł		Rok ukończenia	

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU:**

Nr zaświadczenia o prawie do wykonywania zawodu		Data uzyskania prawa wykonywania zawodu	
Zaświadczenie wydane przez			
Numer w rejestrze pielęgniarek i położnych			

**MIEJSCE PRACY:**

Pełna nazwa zakładu pracy			
Adres zakładu pracy			
Zajmowane stanowisko			
Staż pracy w zawodzie		w tym zgodnie z dziedziną kursu	

Przebyte szkolenia: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne:

.....  
.....

Przesyłając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Firmy Zakład Doskonalenia Zawodowego, ul. Skalmierzycka 2a, 62-800 Kalisz, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) z przeznaczeniem do wykorzystania ich w celach ściśle związanych z organizowanymi szkoleniami. Mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu: .....  
Data ..... Czytelny podpis kandydata .....

**SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY**

Kieruję Panią/Pana: .....  
na szkolenie w dziedzinie/w zakresie: .....  
Koszt szkolenia w kwocie (zł.): ..... pokrywa .....

.....  
(miejscowość, data) ..... (pieczętka zakładu pracy) ..... (pieczętka i podpis kierownika zakładu pracy) .....

ORGANIZATOR - ZGŁOSZENIE PRZYJĘTO: Data: ..... Podpis osoby odpowiedzialnej: .....

Uzupełniony formularz proszę dostarczyć: pocztą, mailem, faxem lub osobiście – dane adresowe poniżej

CENTRUM DOSKONALENIA KADR MEDYCZNYCH - ZAKŁAD DOSKONALENIA ZAWODOWEGO – CENTRUM KSZTAŁCENIA W LESZNIE  
64-100 Leszno, ul. Krótka 5, tel. 65/ 529-25-21, tel./fax 65/ 529-36-59, e-mail: cdkm@zdz.leszno.pl