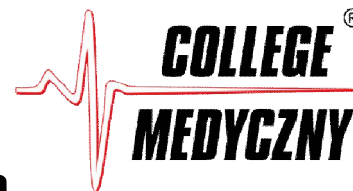


Fotografia
(37 x 52
mm)

„College Medyczny”



Placówka Kształcenia

Ustawicznego

Prosimy wypełnić drukowanymi literami

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa wybranej formy kształcenia (nazwa kursu/szkolenia)

Imię (Imiona)

Nazwisko

Miejsce urodzenia (miejscowość oraz województwo)

Data urodzenia

Imiona rodziców

Nazwisko panięskie (w przypadku kobiet)

Narodowość

Obywatelstwo

Pesel

NIP (WYMAGANY W PRZYPADKU KURSÓW INSTRUKTORA)

Adres zameldowania (ulica, miasto, kod pocztowy)

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Nr telefonu

Adres e-mail

Wykształcenie

Znajomość języków obcych (jaki język oraz poziom)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dla potrzeb procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych (Dz. U. nr 133 z 1997 roku, poz. 883, z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą

Miejscowość, data podpis ,kandydata

Miejscowość, data, podpis rodzica/prawnego opiekuna
(w przypadku nie ukończenia przez kandydata 18 lat)