

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie

UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami



ZAKŁAD
DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO
KALISZ

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 KALISZU
62-800 Kalisz, ul. Skalmierzycka 2A, parter, pok. nr 10, tel. 62/ 767-40-88 w. 28, tel./fax 62/ 757-46-56, e-mail: cdkm@zdz.kalisz.pl