

uczestnika KKZ

(wypełnić drukowanymi literami)

Dane osobowe:

Nazwisko - **Imię (Imiona)** -

Data urodzenia -/...../.....
(dzień) (miesiąc) (rok)

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce urodzenia **województwo**

Adres zamieszkania:

miejsowość nr kodu pocztowego
ulica nr domu nr mieszkania
gmina powiat
nr telefonu kontaktowego

Ukończyłem
(nazwa szkoły)

w
(miejsowość)

Nazwa kursu kwalifikacyjnego (KKZ)

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 28.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 133 poz. 888 z późn. zm.)

.....
(czytelny podpis słuchacza)