

OŚRODEK KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO KURSALWNIOSEK O PRZEPROWADZENIE KURSU/SZKOLENIA
Proszę w wypełnienie czytelne drukowanymi literami

Imię		Nazwisko	
Imię ojca			
Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)			
Miejsce urodzenia			
PESEL			
Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)			
Nr telefonu			
Wykształcenie			
Zakład wysyłający na kurs/szkolenie (zaznacz właściwe i wpisz)			
Prywatnie	<input type="checkbox"/>		
Powiatowy Urząd Pracy w	<input type="checkbox"/>		
Zakład Pracy (podaj całą nazwę z dokładnym adresem i NIP)	<input type="checkbox"/>		
Nazwa kursu/szkolenia			
Posiadam książeczkę (zaznacz krzyżykiem):			
Operatora nr	<input type="checkbox"/>		
Spawacza nr	<input type="checkbox"/>		
Data		Podpis kursanta	
Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) informuję, iż:			
<ul style="list-style-type: none">▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Kształcenia Zawodowego KURSAL z siedzibą w Bydgoszczy, ul. Nad Torem 78, 85-409 Bydgoszcz.▪ Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu organizacji szkolenia, kursu zawodowego.▪ Pani/Pana dane będą udostępniane wyłącznie organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.▪ Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych. Z powyższych uprawnień można korzystać w siedzibie Administratora Danych Osobowych.▪ Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.			