

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
uczestnictwa w kursie/szkoleniu

UWAGA! formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

ZAKŁAD
DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO**Zgłaszam uczestnictwo w poniższym kursie/szkoleniu organizowanym
przez Zakład Doskonalenia Zawodowego**

NAZWA KURSU:	INSTALATOR/SERWISANT UKŁADÓW CHŁODNICZYCH, KLIMATYZACYJNYCH I POMP CIEPŁA - STACJONARNYCH (F-GAZY)
---------------------	---

DANE OSOBOWE:

Nazwisko		Imię/imiona	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL		Obywatelstwo	

ADRES ZAMIESZKANIA:

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica, nr domu		Województwo	

DANE KONTAKTOWE:

Nr telefonu		Adres e-mail	
-------------	--	--------------	--

WYKSZTAŁCENIE:

Wykształcenie	
---------------	--

MIEJSCE PRACY:

Pełna nazwa zakładu pracy	
Zajmowane stanowisko	

Zakład Doskonalenia Zawodowego jako administrator danych, informuje iż podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu rejestracji uczestnika w kursie / szkoleniu. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do prawidłowej realizacji zadań związanych z kursem / szkoleniem, a także zgodnie z innymi/powiązanyymi przepisami prawa. Administrator Danych powołał Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adres e-mail: iodo@zdz.com.pl. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych - ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa. Podane dane będą przetwarzane na zasadzie dobrowolności ich podania - zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu:

data	Czytelny podpis kandydata

Prosimy o udzielenie dodatkowej informacji – „Z jakich źródeł uzyskał(a) Pan(i) informację o kursie/szkoleniu? (prasa, radio, TV, folder ZDZ, Internet, mailing, facebook, ulotka reklamowa, zakładu pracy, od znajomych, rodziny, inne)”

- proszę wymienić odpowiednie

Informacje dodatkowe

Wypełniony i podpisany formularz zgłoszeniowy prosimy dostarczyć:
pocztą elektroniczną (e-mail), faxem, pocztą tradycyjną lub osobiście – dane adresowe poniżej.
Dodatkowych informacji o kursie/szkoleniu można uzyskać pod numerem telefonu: 63 242-08-96

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

uczestnictwa w kursie/szkoleniu

UWAGA! formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami



ZAKŁAD
DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Kieruję Panią/Pana (nazwisko i imię):			
Koszt szkolenia w kwocie (zł.):		pokrywa	uczestnik kursu / zakład pracy *

* - niepotrzebne skreślić

data	Pieczętka zakładu pracy	Pieczętka i podpis osoby upoważnionej