

**WSCKZiU**Wielkopolskie Samorządowe Centrum  
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w PoznaniuWielkopolskie Samorządowe Centrum  
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego nr 2 w Poznaniu  
ul. Mostowa 6  
61-855 PoznańNr wpływu ....., data .....  
(wypełnia pracownik WSKZiU nr2)

Poznań, dnia: .....

**KARTA ZGŁOSZENIA  
KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY****OPIEKUN MEDYCZNY**

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

Nazwisko: ..... Imię/Imiona: .....

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia: .....

Imiona rodziców: .....

<u>Adres stałego zameldowania:</u> Ulica, nr domu: ..... Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... Województwo: ..... Powiat: ..... Gmina: ..... Telefon kontaktowy: ..... e-mail: .....	<u>Adres do korespondencji:</u> Ulica, nr domu: ..... Kod pocztowy: ..... Miejscowość: ..... Telefon kontaktowy: .....
znacznik typ miejscowości: <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto poniżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców	

Stan cywilny: ..... Obywatelstwo: ..... Narodowość: .....

Nazwisko panieńskie: ..... Pesel: \_\_\_\_\_

Rodzaj dowodu tożsamości ..... Seria i numer: .....

**Wykształcenie:**

Nazwa szkoły: .....

miejsowość: ..... województwo: ..... rok: .....

Numer świadectwa: ..... data wystawienia: .....

**Staż pracy zawodowej ogółem:** .....

**Obecne miejsce pracy:** .....

Prawidłowość danych zawartych w podaniu  
stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

MIEJSCOWOŚĆ

.....

DATA

**Oświadczenie**

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych.

.....

PODPIS KANDYDATA