

.....  
pieczęćka podłużna

## Formularz Zgłoszenia

na szkolenie/kurs

do **Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Katowicach**  
Sekcja Nadzoru, Szkoleń i Promocji Zdrowia

TEMAT: .....

TERMIN: .....

1. Nazwisko i imię: .....

2. Miejsce zamieszkania /dokładny adres, kod/ .....

.....Telefon: .....

3. adres e\_mail ..... strona www. ....

4. Wykształcenie zawodowe .....

.....  
(dokładna nazwa szkoły, miejscowość i rok ukończenia wg dyplomu)

5. Staż pracy zawodowej

ogółem lat ....., w tym w kierunku związanym z tematyką kursu .....

6. Obecne miejsce pracy.....

.....  
(nazwa zakładu pracy, adres, telefon)

Stanowisko /funkcja/ .....

**Uczestnik kursu/szkolenia, podając dane osobowe w formularzu rejestracyjnym oświadcza, że:**

1. są one zgodne z prawdą,
2. wyraża zgodę na przetwarzanie tych danych zgodnie z ustawą z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133/1997, poz. 833 przez WOMP Katowice dla celów statutowych.

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/ podpis zainteresowanego/