

.....
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. Imiona rodziców

3. Data i miejsce urodzenia:

4. PESEL:

5. Miejsce zamieszkania /dokładny adres, kod/

..... Telefon:

6. adres e_mail strona www.

7. Wykształcenie ogólne

(nazwa szkoły, miejscowość i rok)

8. Wykształcenie zawodowe

.....

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

9. Staż pracy zawodowej

ogółem lat, w tym w kierunku związanym z tematyką kursu

10. 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.

Każdy użytkownik ma prawo wglądu do swych danych, a także prawo ich poprawiania i uzupełniania.

W tym celu należy zwrócić się korespondencyjnie na adres:

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy ul. Warszawska 42, 40-008 Katowice.

.....
/miejscowość i data/.....
/ podpis zainteresowanego/