

Data wpływu do Organizatora: .....

**KURS DOKSZTAŁCAJĄCY SEKRETARKA MEDYCZNA**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI PO ZAREJESTROWANIU W SMK**

**1. Dane podstawowe**

Imię (imiona)											
Nazwisko											
Data i miejsce urodzenia											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/>	Kobieta									
	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna									
Tel. kontaktowy											
E-mail											
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/>	niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>	policealne							
	<input type="checkbox"/>	podstawowe	<input type="checkbox"/>	wyższe I stopnia (licencjackie, inżynierskie)							
	<input type="checkbox"/>	gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	wyższe II stopnia (magisterskie)							
	<input type="checkbox"/>	ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	wyższe III stopnia (doktoranckie)							
<b>DANE ADRESOWE</b>											
Ulica											
Nr budynku						Nr lokalu					
Kod pocztowy						Miejscowość					
Gmina						Powiat					
Województwo											

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(am) się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w związku z rekrutacją i nie zgłaszam sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwego oświadczenia

**UWAGA: ZAŁĄCZNIKIEM DO KARTY ZGŁOSZENIA JEST KSEROKOPIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO WYKSZTAŁCENIE MINIMUM ŚREDNIE**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika

