

**WSKZiU**Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego w Koninie

ul. Przemysłowa 4, 62-510 Konin tel./fax 63-242-42-15, tel. 508-088-495

www.medyk.konin.pl, e-mail: sekretariat@medyk.konin.pl**KARTA ZGŁOSZENIA NA KURS****1. Nazwa kursu:**

.....

2. Termin kursu:

.....

4. Dane osobowe:

Nazwisko: Imiona:

Data urodzenia: PESEL.....

Miejsce urodzenia (miejscowość i województwo):
.....

Adres zamieszkania	Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)
ulica, nr domu:	ulica, nr domu:
kod pocztowy:	kod pocztowy:
miejscowość:	miejscowość:
województwo:	województwo:
telefon:	telefon:
e-mail:	

5. Wykształcenie:

.....

Prawidłowość danych zawartych w karcie zgłoszenia
stwierdzam własnoręcznym podpisem.....
/MIEJSCOWOŚĆ/.....
/ DATA/**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Koninie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych, wychowawczych oraz promocyjnych. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, możliwość ich uzupełnienia, uaktualnienia oraz żądania sprostowania. Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego zobowiązuje się nie przekazywać w/w danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy przepisów prawa (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2018 roku, poz. 1000).

.....
/podpis kandydata/