

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

Poznań, dnia: .....

**KARTA ZGŁOSZENIA  
KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY**

(prosimy wypełniać drukowanymi literami)

**Opiekun medyczny****Florysta**

Nazwisko: ..... Imię/Imiona: .....

Data urodzenia: .....

Miejsce urodzenia: .....

Imiona rodziców: .....

Adres stałego zameldowania:

Ulica, nr domu: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Województwo: .....

Powiat: .....

Gmina: .....

Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

znacznik typ miejscowości:

wieś

miasto poniżej 5 tys. mieszkańców

miasto powyżej 5 tys. mieszkańców

Adres do korespondencji:

Ulica, nr domu: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Telefon kontaktowy: .....

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

Nazwisko panińskie: ..... 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

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji telefonicznie i drogą elektroniczną.

.....  
PODPIS KANDYDATA