**KARTA INFORMACYJNA**

**O KIEROWCY ZGŁASZAJĄCYM SIĘ NA KURS ADR**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KURS:**

** podstawowy**

** specjalistyczny w zakresie przewozu w cysternach**

** specjalistyczny w zakresie przewozu materiałów i przedmiotów wybuchowych klasy 1**

** specjalistyczny w zakresie przewozu materiałów promieniotwórczych klasy 7**

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany (a)…………………………………………………………………………….….…….,**

**urodzony(a) dnia…………….…….…..…………… w ……………………….…………………….……,**

**zamieszkały(a) w …………………………………………………………………………………..…...….,**

**tel. ………………………………………………….., PESEL……………………………………………..,**

**oświadczam, że:**

1. **spełniam wymagania określone w przepisach prawa o ruchu drogowym i o transporcie drogowym w stosunku do kierowców wykonujących przewóz drogowy,**
2. **posiadam zaświadczenie o przeszkoleniu kierowcy ADR ważne na:**

**wszystkie klasy / podstawowy **

**w cysternach **

**(proszę zaznaczyć „X” przy właściwym prostokącie)**

**ZGODA NA KSEROKOPIĘ :**

**** prawa jazdy ( x 2)

**** zaświadczenia o przeszkoleniu kierowcy ADR

Informujemy, że administratorem i właścicielem zbieranych danych osobowych jest Ośrodek Szkoleń Zawodowych „Diagno-Test” Sp. z o.o. w Mysłowicach, ul. Świerczyny 72. Celem zbierania danych osobowych jest realizacja procesu rekrutacji, szkolenia, egzaminowania i wydania stosowanych zaświadczeń. Dane będą udostępnione instytucji realizującej proces egzaminacyjny i instytucjom współrealizującym proces szkolenia, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie umowami i przepisami. Informujemy, że ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych i ich poprawiania. Zbierane dane są przekazywane dobrowolnie.

Oświadczam, że podane powyżej dane osobowe są prawdziwe. Zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DO FAKTURY** | | |
| 1 | NAZWA FIRMY / NAZWISKO I IMIĘ |  |
| ADRES | | |
| 2 | ULICA |  |
| 3 | NR BUDYNKU / LOKALU |  |
| 4 | KOD POCZTOWY |  |
| 5 | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| 6 | NIP (DOTYCZY FIRM) |  |

……………………………………………………………………………

Miejscowość, data, podpis uczestnika

**Potwierdzam dane z dokumentów**

…………………………………………………………………………………..

Imię, nazwisko oraz podpis

osoby potwierdzającej dane z dokumentów