ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W KURSIE OPERATORA

**WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI !!!**

Nazwa specjalności: ……………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię: ……………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………………………

PESEL / nr i seria paszportu: ……………………………………………………………………………………..

Imię ojca: …………………………………………………………………………………….

Kontakt telefoniczny: ……………………………………………………………………………………

Posiadane uprawnienia (książka operatora): POSIADAM / NIE POSIADAM (niepotrzebne skreślić)

W przypadku posiadania proszę dołączyć kserokopię.

**ZGODA NA KSEROKOPIĘ :**

**** książki operatora maszyn roboczych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) |  |

Wyrażam zgodę na przechowywanie w dokumentacji Ośrodka zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań zdrowotnych kandydata w zakresie wnioskowanej specjalności wydane zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół… ( Dz. U. z dnia 28.08.2014 r., poz. 1144) . Obowiązek ten wynika z wytycznych Instytutu Mechanizacji Budownictwa i Górnictwa Skalnego z Warszawy.

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.

……………………………………………………………………………

Miejscowość, data, podpis uczestnika

**Potwierdzam dane z dokumentów**

…………………………………………………………………………………..

Imię, nazwisko oraz podpis

osoby potwierdzającej dane z dokumentów