**POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA „DIAGNO-TEST” ZAŁ. NR.7**

**ZGŁOSZENIE NA KURS: **SZKOLENIE OKRESOWE KIEROWCY \*

 BLOK PROGRAMOWY: **C1, C1+E, C, C+E / D1, D1+E, D, D+E \***

 KWALIFIKACJA: W, WP, U, UP\*

 BLOK PROGRAMOWY: **C1, C1+E, C, C+E / D1, D1+E, D, D+E \***

 PRAWO JAZDY KAT. AM,A1,A2,A,B,B+E,C,C+E,D,T\*

(\*właściwe zaznaczyć)

|  |
| --- |
| **DANE KURSANTA** |
| 1 | IMIĘ |  |
| 2 | NAZWISKO |  |
| 3 | DATA URODZENIA |  |
| 4 | MIEJSCE URODZENIA |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | OBYWATELSTWO  |  |
| 7 | NUMER TELEFONU |  |
| 8 | ADRES E-MAIL |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| 9 | MIASTO |  |
| 10 | KOD POCZTOWY |  |
| 11 | ULICA |  |
| 12 | NUMER BUDYNKU / LOKALU |  |
| **DANE Z PASZPORTU (dotyczy obcokrajowców)** |
| 13 | SERIA I NUMER |  |
| 14 | NAZWA PAŃSTWA, KTÓRE GO WYDAŁO |  |
| **DANE Z PRAWA JAZDY (JEŚLI DOTYCZY)** |
| 15 | DATA WYDANIA PRAWA JAZDY (POZ. 4a) |  |
| 16 | ORGAN WYDAJĄCY (POZ. 4c) |  |
| POSIADANEKATEGORIE | AM | A1 | A2 | A | B | B+E | C | C+E | D | D+E | T |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | NR PRAWA JAZDY (POZ. 5) |  |
| 18 | DATA WYDANIA UPRAWNIENIA (KOL.10) | KAT. C  |
| KAT. D |
| 19 | ŚKZ DATA WAŻNOŚCI (KOL. 12) | KAT. C  |
| KAT. D |

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

**ZGODA NA KSEROKOPIĘ:**

prawa jazdy (szkolenie okresowe)

świadectwa kwalifikacji zawodowej (kurs kwalifikacji wstępnej uzupełniającej ,

uzupełniającej przyspieszonej)

orzeczenia lekarskiego i psychologicznego (kurs kwalifikacji wstępnej, wstępnej

przyspieszonej, uzupełniającej , uzupełniającej przyspieszonej)

PKK (kursy prawa jazdy)

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