**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\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | DATA WYDANIA PRAWA JAZDY (POZ. 4a) | | | | | |  | | | | | | |
| 16 | ORGAN WYDAJĄCY (POZ. 4c) | | | | | |  | | | | | | |
| POSIADANE  KATEGORIE | | 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 | | | | | |

**Potwierdzam dane z dokumentów**

…………………………………………………………………………………..

Imię, nazwisko oraz podpis

osoby potwierdzającej dane z dokumentów

(\*właściwe zaznaczyć)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 DOKONANIE KSEROKOPII DOKUMENTU DOŁĄCZANA DO KURSÓW:**

1. **kserokopia prawa jazdy**: kurs ADR,

szkolenie okresowe

1. **kserokopia świadectwa kwalifikacji zawodowej**: kurs kwalifikacji wstępnej

uzupełniającej , uzupełniającej przyspieszonej

1. **kserokopia książki operatora maszyn roboczych**:

kursy operatorów maszyn budowlanych

1. **kserokopia orzeczenia lekarskiego i psychologicznego**:

kurs kwalifikacji wstępnej, wstępnej przyspieszonej,

uzupełniającej , uzupełniającej przyspieszonej

1. **kserokopia legitymacji instruktora**:

warsztaty doskonalenia zawodowego instruktorów

kurs instruktora nauki jazdy

1. **kserokopia PKK**: kursy prawa jazdy
2. **kserokopia zaświadczenia o przeszkoleniu kierowcy ADR** – kurs 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.

……………………………………………………………………………

Miejscowość, data, podpis uczestnika