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

**ZGŁOSZENIE NA KURS **SPAWANIE METODĄ MIG\*

 BLACH I RUR SPOINAMI PACHWINOWYMI\*

 BLACH SPIONAMI CZOŁOWYMI\*

 RUR SPOINAMI CZOŁOWYMI\*

****SPAWANIE METODĄ MAG\* ****SPAWANIE METODĄ TIG\*

 BLACH I RUR SPOINAMI PACHWINOWYMI\* BLACH I RUR SPOINAMI PACHWINOWYMI\*

 BLACH SPIONAMI CZOŁOWYMI\* BLACH SPIONAMI CZOŁOWYMI\*

 RUR SPOINAMI CZOŁOWYMI\* RUR SPOINAMI CZOŁOWYMI\*

****SPAWANIE GAZOWE BLACH ZE STALI FERRYTYCZNYCH\*

****SPAWANIE GAZOWE RUR ZE STALI FERRYTYCZNYCH\*

****SPAWANIE ELEKTRODAMI OTULONYMI\*

 BLACH I RUR SPOINAMI PACHWINOWYMI\*

 BLACH SPIONAMI CZOŁOWYMI\*

 RUR SPOINAMI CZOŁOWYMI\*

****PRZEPALACZ ACETYLENOWO-TLENOWY\*

(\*właściwe zaznaczyć)

|  |
| --- |
| DANE KURSANTA |
| 1 | IMIĘ |  |
| 2 | NAZWISKO |  |
| 3 | DATA URODZENIA |  |
| 4 | MIEJSCE URODZENIA |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | NUMER TELEFONU |  |
| 7 | ADRES E-MAIL |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |
| 8 | MIASTO |  |
| 9 | KOD POCZTOWY |  |
| 10 | ULICA |  |
| 11 | NUMER DOMU/LOKALU |  |

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

Na podstawie art. 7 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: ”RODO”) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Szkoleń Zawodowych „Diagno-Test” Sp. z o.o., 41-400 Mysłowice, ul. Świerczyny 72.

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.

……………………………………………………………………………

Miejscowość, data, podpis uczestnika

 **Potwierdzam dane z dokumentów**

…………………………………………………………………………………..

 Imię, nazwisko oraz podpis

 osoby potwierdzającej dane z dokumentów