

KWESTIONARIUSZ SŁUCHACZA

Nazwa kwalifikacyjnego kursu zawodowego

.....

Imię (imiona):
Nazwisko:
Nazwisko rodowe:
Imiona rodziców:

Data urodzenia:	PESEL:
Miejsce urodzenia:	SERIA I NR DOWODU:
Miejsce zameldowania:	Adres do korespondencji:
.....
.....
.....
Narodowość:	Obywatelstwo:
Telefon:	E-mail:

Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię,nazwisko,telefon,adres)

Posiadane orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz inne ważne informacje

Przebieg dotychczasowej nauki:

Lp.	Nazwa szkoły	Profil/zawód	Rok ukończenia szkoły/klasy

.....
miejsowość i data

.....
podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez organizatora kursu moich danych osobowych wyłącznie do celów związanych z realizacją procesu dydaktycznego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
miejsowość i data

.....
podpis