

**WNIOSEK
ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KURSIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

Wniosek wypełniamy pismem drukowanym

1. Imię i nazwisko:

2. Imię ojca: Nazwisko rodowe:

3. Data urodzenia: Obywatelstwo:

4. Miejsce urodzenia: PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zameldowania

--	--	--	--	--	--

(kod) (miejsowość)

.....
(ulica) (nr domu, mieszkania) (województwo)

6. Tel. kontaktowy: adres email :

7. Nazwa ukończonej szkoły (uczelni) i uzyskany tytuł:
.....

8. Rok uzyskania dyplomu:

9. Miejsce pracy:

- nazwa (zakładu pracy):

- adres (zakładu pracy):

.....

- zajmowane stanowisko:

- staż pracy: ogółem na danym stanowisku

10. Odbyte szkolenia:

.....

.....

Wszelkie pytania kierować:

Centrum Doskonalenia Nauczycieli TWP w Bydgoszczy tel. 52 325 80 70; fax. 52 325 80 61; cdn@twp.edu.pl;

www.twp.edu.pl

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, zgodnie z ustawą, z dnia 29 sierpnia 1997 r. „o ochronie danych osobowych” Dz. U. nr 133 poz. 833, z późniejszymi zmianami.

Ponadto oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania wynikające z *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. z 2007r. Nr 60, poz. 408)* do przystąpienia przeze mnie do egzaminu państwowego.

.....dniar.
(miejsowość)

.....
(podpis kandydata)