

## 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) (miejscowość )  
.....  
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](mailto:cdn@twp.edu.pl);

[www.twp.edu.pl](http://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.

.....dnia .....r.

(miejscowość)

.....

(podpis kandydata)