



WARUNKIEM URUCHOMIENIA KURSU JEST ZEBRANIE GRUPY 20 KANDYDATÓW

.....
nazwisko

Działdowo, dnia

.....
imię / imiona

ADRES KORESPONDENCYJNY (*)

.....
ulica nr budynku / nr mieszkania

.....
miejscowość kod pocztowy

.....
poczta /gmina/ powiat

.....
E-mail nr telefonu

**DYREKTOR
Publicznego Działdowskiego
Centrum Kształcenia
Ustawicznego DAR w Działdowie**

Proszę o przyjęcie mnie na **KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY**
nr cyfrowo-literowy kwalifikacji

.....
nazwa kwalifikacji

1. **Data urodzenia** - - **miejsce urodzenia**
dzień m-c rok

2. **Województwo**

3. **PESEL**
CZYTELNI

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. **Miejsce zameldowania - adres**

.....
wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny, niż adres korespondencyjny

5. **Nazwa i rodzaj szkoły, do której ostatnio Pan/Pani uczęszczał/a**

.....

6. **Załączniki:**

- 1) świadectwo ukończenia ostatniej szkoły
- 2) świadectwo potwierdzające kwalifikacje zawodowe
- 2) 1 zdjęcia legitymacyjne

Wyrażam/ Nie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby przeprowadzenia procedury naboru, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się ściśle przestrzegać Regulaminu nauki i Statutu Publicznego Działdowskiego Centrum Kształcenia Ustawicznego DAR w Działdowie.

.....
data i podpis osoby przyjmującej

.....
podpis kandydata

(*) adres, który zostanie przekazany OKE Łomża

(**) niepotrzebne skreślić