

.....
pieczętka zakładu pracy

Formularz Zgłoszenia

na szkolenie/kurs

do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Katowicach

do Sekcji Nadzoru, Szkoleń i Promocji Zdrowia

TEMAT:

TERMIN:

1. Nazwisko i imię:

2. adres e_mail Telefon:

3. Wykształcenie zawodowe

.....
(dokładna nazwa placówki dydaktycznej, miejscowość i rok ukończenia wg dyplomu)

4. Obecne miejsce pracy.....

.....
(nazwa zakładu pracy, adres, telefon)

Uczestnik kursu/szkolenia, podając dane osobowe w formularzu rejestracyjnym oświadcza, że:

1. są one zgodne z prawdą,
2. wyraża zgodę na przetwarzanie tych danych zgodnie z ustawą z 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych przez WOMP Katowice dla celów statutowych.

.....
miejscowość i data

.....
podpis zainteresowanego