…….

pieczątka 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