

**W przypadku osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia Rodzic/Opiekun
prawny**

KWESTIONARIUSZ ZAPISU

Nazwa kursu

Data kursu

Imię i nazwisko *

Email *

Nr telefonu *

Pesel i data urodzenia * (dzień/miesiąc/rok)

Województwo *(lista rozwijana)

Miejscowość *

Kod pocztowy*

Ulica*

Numer domu/mieszkania*

DLA UCZNIA:

- ☐ Jestem uczniem (w przypadku osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia Rodzic/Opiekun prawny)

(pole do wpisania: nazwa szkoły, klasa)

KIERUNKU:

- ☐ technik eksploatacji portów i terminali
☐ technik lotniskowych służb operacyjnych
☐ Inny kierunek:

Jeśli uczysz się w innym zawodzie napisz krótko jak to szkolenie będzie przydatne do wykonywania Twojego zawodu w przyszłości.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ posiadam zawierające oświadczenie o ważnym orzeczeniu lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu*
- ☐ mam zgodę Rodzica/Prawnego opiekuna na udział w szkoleniu organizowanym przez Branżowe Centrum Umiejętności w przypadku ucznia niepełnoletniego*

DLA NAUCZYCIELA:

- ☐ Jestem nauczycielem

(pole do wpisania: miejsce zatrudnienia, kierunku na którym uczy nauczyciel)

KIERUNKU:

- ☐ technik eksploatacji portów i terminali
- ☐ technik lotniskowych służb operacyjnych
- ☐ Inny kierunek:

Jeśli uczysz na kierunku innym niż eksploatacji portów i terminali lub lotniskowe służby operacyjne napisz krótko jak to szkolenie będzie przydatne do wykonywania Twojej pracy z uczniami.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DLA OSOBY DOROSŁEJ:

- ☐ Jestem osobą dorosłą (powyżej 18 roku życia):
 - ☐ chcąc podnieść swoje kwalifikacje
 - ☐ wykazującą wolę przekwalifikowania zawodowego

- ☐ * Akceptuję [politykę prywatności](#)
- ☐ * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach w postaci adresu poczty elektronicznej w celu prowadzenia marketingu edukacyjnego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach polegającego na przesyłania mi informacji o planowanych podobnych kursach oraz zbliżającym się terminie upływu ważności moich uprawnień za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

PODPIS, data