



Wąbrzeźno, dn.....

**Dyrektor
Centrum Kształcenia
Praktycznego i Ustawicznego
w Wąbrzeźnie**

Podanie

Proszę o przyjęcie mnie na kurs:.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(Miejsce zamieszkania)

.....
(Data i miejsce urodzenia)

.....
(PESEL)

.....
(Telefon kontaktowy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz ROZPORZĄDZENIA 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
(podpis kandydata)