



Zgłoszenie na kurs dla kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej
[prosimy o czytelne wypełnienie]

1. Imię i nazwisko

2. Data, miejsce urodzenia

3. Numer ewidencyjny (PESEL).....

4. Adres zamieszkania
(miejscowość, ulica, nr domu)

.....
(kod pocztowy, poczta)

5. Telefon do kontaktu

6. Adres mailowy

Ja niżej podpisany(a) po dokładnym zapoznaniu się z treścią formularza i będąc świadomy(a) jego znaczenia z punktu ochrony moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu udostępnionych Placówce Doskonalenia Zawodowego „DELTA PLUS,, w Poznaniu ul. Świt 25, niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizowanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i przepływu takich danych, w celach związanych z prowadzeniem kursu dla kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Placówka Doskonalenia Zawodowego „Delta Plus,, w Poznaniu ul. Świt 25. Posiada Pan(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich zmiany.

Poznań, dniar.

.....
(podpis osoby składającej zgłoszenie)