

# PODANIE O PRZYJĘCIE

do POLICEALNEGO STUDIUM .....

## KANDYDAT/KA

1. NAZWISKO .....

IMIONA .....

2. DATA I MIEJSCE URODZENIA .....

3. IMIONA RODZICÓW .....

4. NAZWISKO RODOWE .....

5. ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA .....

..... NR TELEFONU .....

6. SERIA I NR DOW. OSOB. .... WYDANY PRZEZ .....

..... DNIA ..... PESEL .....

7. UKOŃCZONA SZKOŁA ŚREDNIA .....

8. WYBRANY ZAWÓD .....

9. WYBRANY JĘZYK OBCY .....

10. STOSUNEK DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ .....

PRZYNALEŻNOŚĆ DO WКУ .....

11. MIEJSCE ZATRUDNIENIA I ADRES .....

.....

.....  
podpis kandydata

## UWAGA

Stwierdzam własnoręcznym podpisem, że przyjmuję do wiadomości, iż wpłacona przeze mnie kwota wpisowego, w przypadku rezygnacji ze Studium z winy słuchacza, nie podlega zwrotowi. Jednocześnie wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Centrum Rehabilitacyjno-Hipoterapeutyczne w Legnicy prowadzące szkołę, zgodnie z Ustawą z dnia 29.07.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis słuchacza

