

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE

Uprzejmie prosimy o wypełnienie formularza czytelnie, drukowanymi literami; w przypadku braku miejsca w jakiejś rubryce, pozostałe informacje proszę napisać na kartce i dołączyć do formularza.

1. Pełna nazwa szkolenia			
2. Termin szkolenia			
3. Imię		4. Nazwisko	
5. E-mail		6. Tel. kom.	
7. Adres do korespondencji	Miejscowość..... Kod pocztowy: ..... - .....		
	Ulica..... Nr .....		
8. Wykształcenie (zaznacz odpowiednie)		podstawowe <input type="checkbox"/> , zasadnicze <input type="checkbox"/> , średnie <input type="checkbox"/> , wyższe <input type="checkbox"/>	
9. Zawód wykonywany			
10. Organizacja zakładowa NSZZ „Solidarność” (pełna nazwa)			
11. Nr organizacji		12. Funkcja pełniona w organizacji	
13. Przynależność organizacji zakładowej do struktur związkowych (pełne nazwy)			
regionalnych:		krajowych:	międzynarodowych:
1.			
2.			
3.			
14. Zakład pracy (pełna nazwa) Adres:			
15. Przynależność ZAKŁADU PRACY do struktur/ organizacji branżowych (w tym Rad Pracowników, Europejskiej Rady Zakładowej, itp.)			
krajowych:		międzynarodowych:	
1.			
2.			
3.			
16. Znajomość języków obcych: (podaj nazwę i zaznacz poziom)		bierny <input type="checkbox"/> , podstawowy <input type="checkbox"/> , średni <input type="checkbox"/> , zaawansowany <input type="checkbox"/>	
		bierny <input type="checkbox"/> , podstawowy <input type="checkbox"/> , średni <input type="checkbox"/> , zaawansowany <input type="checkbox"/>	
		bierny <input type="checkbox"/> , podstawowy <input type="checkbox"/> , średni <input type="checkbox"/> , zaawansowany <input type="checkbox"/>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie na wewnętrzne potrzeby Regionu Wielkopolska NSZZ „Solidarność” (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)