

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

na Kurs opieki nad osobami chorymi i starszymi

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzeniaPESEL

Miejsce zamieszkania

Wykształcenie

Studia/kierunek/specjalizacja/rok

Miejsce zatrudnienia

Adres do korespondencji

Adres e-mail

Tel. KomórkowyTel. Stacjonarny.....

Wyznanie

Skąd dowiedziałeś/aś się o kursie?.....

.....

Jak wykorzystasz zdobytą wiedzę?

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Fundacji MOCNI MIŁOŚCIĄ w Kaliszu zgodnie z ustawą dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Tekst Jednolity Dz. U. 2002 nr 101 poz. 926)

Miejsce i data Podpis