

## ANKIETA ZGŁOSZENIOWA na Kurs opieki nad osobami chorymi i starszymi

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

Wykształcenie .....

Studia/kierunek/specjalizacja/rok .....

Miejsce zatrudnienia .....

Adres do korespondencji .....

Adres e-mail .....

Tel. Komórkowy .....Tel. Stacjonarny.....

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 Rozporządzeniem 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)*

Miejsce i data ..... Podpis .....