

.....
data wpływu*

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W KURSIE

nazwa kursu	
-------------	--

imię	
nazwisko	
data urodzenia(dd.mm.rrrr)	
miejsce urodzenia	
województwo	
pesel	

ulica	
kod	
mięscowość	
województwo	
telefon	
e-mail	

student, absolwent WSH Leszno	TAK / NIE
-------------------------------	-----------

- Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w powyższym zgłoszeniu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Humanistyczną w celu prowadzenia działalności szkoleniowej i kursowej (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz.883).
- Potwierdzam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem kursów doszkolających w WSH.

..... dnia
(miejsowość) (podpis kandydata)

*- wypełnia uczelnia