

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
INTERDYSCYPLINARNA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA SENIORÓW
finansowana w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej
Osób Starszych na lata 2014-2020

Imiona:	
Nazwisko:	

Adres stałego zameldowania:	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zameldowania):	
Nr telefonu	
Email	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Nr i seria dowodu osobistego:	
Nr innego dowodu tożsamości (w przypadku braku dowodu osobistego):	

Proszę o przyjęcie mnie do ISPZS w Collegium Civitas.

Potwierdzam prawidłowość danych osobowych zawartych w ankiecie osobowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej aplikacji przez Collegium Civitas dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i dokumentacji Szkoły (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.).

.....
data i podpis