



Pieczęć OSP



KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIA

.....
Rodzaj szkolenia OSP

1. Imię..... Imie ojca

2. Nazwisko

3. Data urodzenia, miejsce urodzenia.....

województwo

4. Pesel.....

5. Zawód

- wyuczony

- wykonywany

6. Miejsce pracy

7. Staż strażacki

8. Funkcja w OSP

9. Adres zamieszkania.....tel.

10. Posiadane przeszkolenie

.....
Wyrażam zgodę w związku z art. 23 ust.1. pkt1 i ust.1 i ust.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz 883) na przetwarzanie przez KW PSP moich danych osobowych na potrzeby służbowe.

Potwierdzam otrzymanie wiadomości że:

1. Administratorem danych jest Linmed Maciej LiszkaUl. Wojska Polskiego 134-600 Limanowa.

2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.

3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych

..... dnia.....r.

(czytelny podpis osoby wypełniającej)

Delegujący