



## KARTA ZGŁOSZENIA

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !**

NAZWA SZKOLENIA (URZĄDZENIA) \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA URODZENIA

\_\_\_\_\_

MIEJSCE URODZENIA

ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA \_\_\_\_\_

TELEFON KONTAKTOWY \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

WYKSZTAŁCENIE \_\_\_\_\_

MIEJSCE PRACY \_\_\_\_\_

ADRES PRACODAWCY \_\_\_\_\_

ZAWÓD WYKONYWANY \_\_\_\_\_

POSIADANE KWALIFIKACJE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Elrom sp. z o.o. dla potrzeb realizacji procesów związanych z moim uczestnictwem w szkoleniu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz z przepisami prawa krajowego.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o tym że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia. Ponadto przysługuje mi prawo do żądania ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO

\*Wyrażenie zgody jest niezbędne, ponieważ jest ona podstawą do wystawienia Elrom sp. z o.o. zaświadczenia z uczestnictwa w szkoleniu

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA SZKOLENIA



\_\_\_\_\_ miejscowość, data

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_,  
legitymujący/legitymująca się dowodem tożsamości nr \_\_\_\_\_,  
PESEL \_\_\_\_\_

niniejszym udzielam pełnomocnictwa dla **ELROM Sp. z o.o. z siedzibą w Nowym Sączu 33-300, ul. Sędziwoja 8** do występowania w moim imieniu przed Urzędem Dozoru Technicznego w postępowaniu kwalifikacyjnym, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o dozorcze technicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1040, z późn. zm.), w zakresie:

- złożenia wniosku o sprawdzenie kwalifikacji,
- otrzymania informacji o terminie egzaminu sprawdzającego kwalifikacje,
- otrzymania szczegółowej tematyki egzaminu sprawdzającego kwalifikacje,
- odebrania zaświadczenia kwalifikacyjnego.

\_\_\_\_\_ podpis



Spółka z o.o. ul. Sędziwoja 8 33-300 Nowy Sącz

## KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY KURSANTA

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

**1. Czy Pan / Pani choruje na następujące choroby przewlekłe ? Zaznacz właściwą odpowiedź:**

Rodzaj choroby	TAK	NIE
PADACZKA		
INNE CHOROBY NEUROLOGICZNE		
CUKRZYCA		
ASTMA LUB INNE CHOROBY PŁUC		
CHOROBY SERCA		
CHOROBY OCZU		
CHOROBY SŁUCHU		
CHOROBY PSYCHICZNE		
INNE CHOROBY*		

**\*w wypadku występowania innych chorób, wymień**

**jakie:** \_\_\_\_\_

**2. Pobyty na leczeniu szpitalnym : TAK / NIE**

**jeśli TAK, proszę podać powód** \_\_\_\_\_

**3. Czy Pan / Pani przyjmuje obecnie leki: TAK / NIE**

**Jeśli TAK, proszę wymienić** \_\_\_\_\_

OŚWIADCZAM, IŻ PODANE PRZEZE MNIE INFORMACJE SĄ ZGODNE ZE STANEM RZECZYWISTYM, A STAN MOJEGO ZDROWIA W MOIM PRZEKONANIU JEST ZADOWALAJĄCY I POZWALA MI NA UDZIAŁ W KURSIE.

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ, DNIA

\_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO

\_\_\_\_\_  
PODPIS