**CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ**

**UWAGA:** **WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Dyrektor**

**Centrum Kształcenia Ustawicznego**

**w Skarżysku-Kamiennej**

**ul. Legionów 124**

**26-110 Skarżysko-Kamienna**

**WNIOSEK**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy z zakresu kwalifikacji:

**NAZWA ZAWODU: ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ - 341201**

**Z.8. UDZIELANIE POMOCY I ORGANIZOWANIE WSPARCIA OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**organizowany w formie ~~stacjonarnej~~/zaocznej\***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwisko**   ………………………………………………………………………………………. | **Imię (imiona)**  ……………………………………………………………………………………….. |

1. **Imiona rodziców**……………………………………………………………………………………………………………………………………..…..…………..
2. **Data urodzenia** …………………………………..………………… **miejsce urodzenia**………………………………..……………....………………
3. **PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

w przypadku braku nr PESEL serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

1. **Adres zameldowania (dokładny adres z kodem pocztowym)** ………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..

**Miejscowość zameldowania:** miasto powyżej 5 tyś./miasto do 5 tyś/wieś\*

1. **Adres do korespondencji (wpisać w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)**………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Nr telefonu stacjonarnego** ………………………………………………., **komórkowego**…………………………………..……………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**E-mail:**

1. **Wykształcenie:** \*\* podstawowe gimnazjalne zawodowe średnie inne……………………………….
2. **Nazwa ostatnio ukończonej szkoły** …………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….**rok ukończenia** ……………………………………………

1. **Dowód osobisty:** seria………numer…………………wydany przez …………………………………………………………………………………..

lub inny dowód tożsamości: rodzaj…………………………………………………………seria……………..numer……………………………….

1. **Osoba:** pracująca/niepracująca\*, zarejestrowana w Urzędzie Pracy w ……………………………………………………………………..
2. **Do wniosku dołączam następujące załączniki\*\***

kserokopia świadectwa ukończenia ostatniej szkoły; (oryginał do wglądu)

kserokopia dowodu osobistego

zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki zawodu.

1. **Skąd dowiedział się Pan/Pani o kwalifikacyjnym kursie zawodowym? \*\*\***

**s**trona internetowa PUP/WUP znajomi ogłoszenia w mediach inne

**Oświadczenie:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb organizatorów szkolenia (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r.; Dz. U. Nr 133 poz.883 ze zm. )

………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………..

miejscowość i data podpis kandydata

\*niepotrzebne skreślić

\*\*wstawić X we odpowiednie okienko