Załącznik nr 5  
do Regulaminu uczestnictwa w projekcie  
„Innowacyjne kształcenie na kierunku Pielęgniarstwo –

utworzenie Centrum Symulacji Medycznej w PWSZ w Krośnie”

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA WE WSPARCIU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dot. ogłoszenia o naborze nr……….. z dnia ……………….….…  na …………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| 1. | Imię i nazwisko |  |
| 2. | PESEL |  |
| 3 | Adres zamieszkania |  |
| 7. | Telefon |  |
| 8 | E-mail |  |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych do celów szkoleniowych w w/w placówce – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 922)

……………………………..

podpis