

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## Szkolenie dla studentów UR chcących zostać „ Asystentem osoby niepełnosprawnej”

Formularz wpłynął do Biura  
Pełnomocnika Rektora ds.  
Osób Niepełnosprawnych

Data .....

Podpis .....

Dane uczestnika			
Nazwisko i imię *			
Uczelnia			
Wydział			
Kierunek			
Adres			
ulica, nr domu			
kod pocztowy		miejsowość	
telefon		adres e-mail	
Nr PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	
Rok studiów			

Do formularza należy dołączyć kserokopię legitymacji studenckiej.

\* Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych. I) z.Ust. 2002 nr 101 poz. 926 ze zm.) przez Biuro Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych. Administratorem danych osobowych jest Biuro Pełnomocnika Rektora ds. Osób Niepełnosprawnych.

Rzeszów, dnia .....

.....

czytelny podpis uczestnika