

**WOJEWÓDZKI OŚRODEK RUCHU DROGOWEGO W SZCZECINIE**

ul. Golisza 10B, 71-682 Szczecin
tel. 91 442 58 26, fax 91 442 58 21
e-mail: szkolenie@word.szczecin.pl

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA
W SZKOLENIU DLA KIEROWCÓW ZAWODOWYCH****RODZAJ SZKOLENIA (właściwe podkreślić):**

KWALIFIKACJA WSTĘPNA

KWALIFIKACJA WSTĘPNA PRZYSPIESZONA

KWALIFIKACJA WSTĘPNA UZUPEŁNIAJĄCA

KWALIFIKACJA WSTĘPNA UZUPEŁNIAJĄCA
PRZYSPIESZONA

SZKOLENIE OKRESOWE

ODPOWIEDNIO DLA KATEGORII PRAWA JAZDY (właściwe podkreślić):

C

C+E

C1

C1+E

D

D+E

D1

D1+E

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ NA SZKOLENIE**Nazwisko****Imiona****Data urodzenia****PESEL****Miejsce urodzenia****Telefon
kontaktowy****Adres zamieszkania**

Ulica

Nr domu

Kod pocztowy

Miejscowość

POSIADANE UPRAWNIENIA**Kategorie prawa
jazdy****Numer prawa
jazdy****Organ wydający****Data wydania****FORMA ZAJĘĆ (właściwe zaznaczyć znakiem „X”)****METODA TRADYCYJNA****METODA e - learning****OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ NA SZKOLENIE
(właściwe zaznaczyć „X”)****1. Oświadczam, że:**

- ☐ Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przebywam co najmniej 185 w roku ze względu na więzi osobiste lub zawodowe/studiuję od co najmniej sześciu miesięcy (**przedłożyć zaświadczenie**)
- ☐ Wykonuję przewóz drogowy na rzecz podmiotu mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. W przypadku uczestniczenia w zajęciach prowadzonych metodą e-learning, wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do e-kierowca sp. z o.o. spółka komandytowa, z siedzibą w Szczecinie, al. Wojska Polskiego 184, dostawcy oprogramowania.

3. Zobowiązuję się do regularnego uczęszczania na zajęcia zgodnie z harmonogramem.

4. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż warunkiem otrzymania zaświadczenia jest uczestniczenie we wszystkich zajęciach przewidzianych programem nauczania.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Szczecinie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 r. poz. 922.) w celu realizacji szkolenia, wystawienia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia i ewentualnych duplikatów zaświadczeń oraz na przechowywanie moich danych w celach archiwalnych.

Zostałem/zostałam poinformowany/a, że:

- Przekazanie moich danych jest dobrowolne.
- Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego z siedzibą przy ul. Golisza 10B w Szczecinie.
- Dane osobowe zostaną po ukończonym szkoleniu przekazane do Wojewody Zachodniopomorskiego oraz do Centralnej Ewidencji Kierowców na podstawie art. 39e ustawy o transporcie drogowym (tj. Dz.U. z 2013 r. poz. 1414 z późn. zm.)
- Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się na szkolenie)

ZAŁĄCZNIKI (właściwe zaznaczyć znakiem „X”)

- ☐ Kserokopia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie :
- a. Modułu podstawowego numer 1 2 3
- b. Modułu specjalistycznego numer
- ☐ Dowód uiszczenia opłaty