

ZGŁOSZENIE NA KURS NR

Dane ośrodka szkoleniowego

Jan Wrzodek Ośrodek Szkolenia Kierowców CODEX
31-636 KRAKÓW, os. Oświecenia 45/31

Zgłaszam swoje uczestnictwo w kursie

SZKOLENIE OKRESOWE

W zakresie prawa jazdy

C, C+E, C1, C1+E

D, D+E, D1, D1+E

Imię:	Nazwisko:
Pesel*:	Data urodzenia:
	Miejsce urodzenia:
Adres zamieszkania:	
kod pocztowy: miejscowość:.....	
ul./os	
nr.budynku nr.lokalu tel. kontaktowy.....	

Posiadam prawo jazdy kategorii..... Nr.....

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje się, iż:

- 1) administratorem danych osobowych uczestników kursów jest
Jan Wrzodek OŚRODEK SZKOLENIA KIEROWCÓW „CODEX”
31-636 Kraków, os. Oświecenia 45/31 NIP 945-106-49-75; REGON 350977040
- 2) dane osobowe przetwarzane będą w celu organizacji kursu, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) dane osobowe w postaci nr telefonu i adresu e-mail, dla celów organizacji kursu, będą udostępniane wykładowcom i instruktorom będącym pracownikami ośrodka
- 4) dane osobowe Uczestnika kursu będą przetwarzane przez czas trwania Kursu, a po jego zakończeniu – będą przechowywane dla celów archiwalnych, wyłącznie dla realizacji obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w organizacji kursu
- 6) każdy uczestnik posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
- 7) uczestnik ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby szkolonej

* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisać rodzaj, serię, numer oraz państwo wydania dokumentu potwierdzającego tożsamość.

	Nr. zaświadczenia	Data wydania	Data ważności	Dane lekarza wystawiającego zaświadczenie	
				Imię i nazwisko	Nr. prawa wykonywania zawodu
Badania lekarskie					
Badania psychologiczne					

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany, świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. *Kodeks Karny*, opublikowany w Dz. U.z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że:

- 1) znane mi są i spełniam warunki umożliwiające przystąpienie do szkolenia okresowego, określone w art. 39d ustawy z dnia 6 września 2001 r. *o transporcie drogowym* (tekst jednolity: Dz. U.z 2013 r. poz. 1414 z późn.zm.);
- 2) w dniu złożenia niniejszego oświadczenia spełniam warunki, o których mowa w pkt 1.

POUCZENIE

Art.39d. 1 ustawy o transporcie drogowym do szkolenia okresowego może przystąpić osoba:

- 1) która na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) przebywa co najmniej 185 dni w roku ze względu na więzi osobiste lub zawodowe albo
 - b) studiuje od co najmniej sześciu miesięcy i przedstawi zaświadczenie potwierdzające ten fakt,
- 2) wykonująca przewóz drogowy na rzecz podmiotu mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

„ Art.233 § 1 kk „ Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL)

.....
(podpis)

.....
(miejsce i data złożenia oświadczenia)