**Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego**

**w Morawicy k. Kielc**

**WNIOSEK**

**o przyjęcie na kurs**

**Rejestratorka medyczna**

**KANDYDAT**

PESEL ……………………………………..

(w przypadku braku numeru PESEL seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Nazwisko** …………………………………………

**Imiona** ……………………………………………………………………………………….....................

**Data i miejsce urodzenia** ……………………………………………………………………..............

**Województwo** ……………………………………………………………………………………........

**Miejsce zamieszkania: miejscowość** ………………………………………................................................

Ulica, nr domu, nr mieszkania …………………………………………………………………….................

Kod pocztowy …………………poczta ………………………...….powiat: …………………………........ gmina …………………............................

**Seria i nr dowodu osobistego**........................................................................................................................

**Adres poczty elektronicznej (E-mail ) …**…………………………..........................................................

**Nr telefonu …………………………………..**

**Wykształcenie średnie:** TAK / NIE

Informację o kursie uzyskałem/am: ……………………………………………………………………………………………............................….....................................................................................................................................................................

**W przyszłości jestem zainteresowany/a kursem (podać nazwę kursu):**

**……………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………….**

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

podpis czytelny kandydata

Wnioski o przyjęcie na kurs można przesyłać drogą elektroniczną na adres: szkolamedyczna@o2.pl