Zaměstnanecké oddělení - tel. 387 872 111, 387 872 112

 **P ř i h l á š k a**

do akreditovaného kvalifikačního kurzu MZ ČR: **Sanitář**

Osobní data:

Jméno a příjmení ………………………………………………………………………………………………………………………

Den, měsíc, rok narození …………………………………… Místo narození…………………………………..

Státní občanství …………………

Bydliště………………………………………………………………………………………………………………

Tel. …………………………………………………….E-mail……………………………………………………….

Zdravotní stav …………………………………………………………………………………………………………………………..

**Prohlašuji, že jsem /nejsem očkován/a proti hepatitidě typu B (nehodící se škrtněte)**

Dosažené vzdělání …………………………………………………………………………………………………………………….

**Ve smyslu zásad GDPR souhlasím, aby moje uvedená osobní data byla NČB, a.s. použita**

**pro zpracování agendy akreditovaného kvalifikačního kurzu Sanitář a účely archivace po dobu 1 roku.**

 Podpis žadatele …………………………..

 Dne ………………….