



Az SZTE ETSZK tölti ki!

A jelentkező ETK –nál vezetett nyilvántartási száma:

Jelentkezési lap

az egészségügyi szakdolgozók kötelező szakmacsoportos továbbképzésére

Név:..... Születési név:.....			
Születési hely:.....év:.....hó:.....nap:.....	Anyja születési neve:.....		
Állandó lakcím: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	városutca. szám		
Levelezési cím: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	városutca. szám		
Állampolgárság:.....			
Telefon:.....	Mobil:.....		
E-mail címe:.....	Fax:.....		
Egészségügyi szakdolgozó esetén			
Alapnyilvántartási/működési nyilvántartási szám:.....			
Választott téma megnevezése:	Szakmacsoport megnevezése:		
Egészségügyi szakdolgozók szakmacsoportos továbbképzése		
Szakképesítés megnevezése	Oklevél száma	Megszerzés ideje	Kiállító intézmény

¹ Kérjük, hogy választását x-el jelölje!

Alulírott, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jelentkezési lap adatai a valóságnak megfelelnek. A képzésben való részvételre, a képzési díj fizetésére és esetleges visszatérítésére vonatkozó tudnivalókat a szerződéskötés alkalmával a magam részére kötelezőnek ismerem el. Elfogadom és hozzájárulok ahhoz, hogy a Szegedi Tudományegyetem az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény értelmében személyes adataimat rögzítse, nyilván tartsa, azokat kezelje, valamint továbbítsa kizárólag abból a célból, hogy a jövőben is tájékoztathasson a Szegedi Tudományegyetem képzéseiről, továbbképzéseiről. Kijelentem, hogy számomra a Szegedi Tudományegyetem képzési tervének megismerését az Intézmény lehetővé tette, és tájékoztattak a panaszkezelés szabályairól.

Adataimat addig használhatják fel erre a célra, ameddig nem kérem a törlésüket.

Alulírott bealegyezem, hogy a Szegedi Tudományegyetem a képzés lebonyolításánál megfelelő szakértelemmel rendelkező harmadik személy közreműködését igénybe vegye.

Kelt:

.....
A jelentkező aláírása

