WYDZIAŁ CYBERNETYKI
WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

Dotyczy **kursu wojskowego kod: 8035018** prowadzonego zdalnie przez Wydział Cybernetyki, trwającego w okresie od ………………………… do …………………………….. r.

**Nazwa kursu**: „Eksploatacja systemów teleinformatycznych i administrowanie sieciami”.

KANDYDAT:

1. Stopień wojskowy …………………………………………………
2. Nazwisko ………………………………………………….., imiona ………………………………………………
3. Data i miejsce urodzenia: dzień …………………, miesiąc …………………………, rok …………..

miejscowość ………………………........, imiona rodziców ………………………………………………

1. Adres zamieszkania: miejscowość ………………………………………………………………………….,

poczta: (kod) …………….., ulica ………………………………………………, nr domu …………………,

nr mieszkania ……………., woj.: …………………………………………….., telefon ……………………

1. Adres do korespondencji: miejscowość ………………….……………………………………………...,

poczta: (kod) …………….., ulica ………………………………………………, nr domu …………………,

nr mieszkania ……………., woj.: …………………………………………….., telefon ……………………

1. PESEL: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
2. Adres email do kontaktu: ………………………………………………………………………………………..
3. Miejsce zatrudnienia(dokładny adres)

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

……………………………………………………………………………………. telefon: ………………………………

*Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w kwestionariuszu osobowym oraz wyrażam zgodę na ich przechowywanie i przetwarzanie w procesie realizacji form doskonalenia zawodowego w WAT (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. Dz.U. 2018 poz. 1000).*

Warszawa, dnia ……………………………….. 20 …… r.