|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACJA O TERMINIE, CZASIE I MIEJSCU ROZPOCZĘCIA PIERWSZYCH ZAJĘĆ WRAZ Z LISTĄ UCZESTNIKÓW KURSU1)2)

|  |
| --- |
|  …………………………………………………………………… (nazwa ośrodka szkolenia) |

 Wieliczka, dnia………………………………… r.  |
| Lp. | Imię | Nazwisko | Numer PESEL3) | Data i godzina rozpoczęcia szkolenia teoretycznego | Miejsce prowadzenia szkolenia teoretycznego |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| …………………………………………………………… (podpis kierownika ośrodka szkolenia) |

 |

1) Informacja może być przekazana drogą elektroniczną.

2) Dane podczas kontroli przedkłada się odrębnie dla każdego kursu.

3) W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisuje się serię, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które wydało ten dokument