

**Załącznik nr 1**

**Dane kandydata**

nazwisko ..... imię .....

**Uprawnienia szkoleniowe i (lub) organizacyjne:**

Rodzaj uprawnień	Dyscyplina	Numer dokumentu	Data wydania	Przez kogo wydany

adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....  
.....  
.....

miejsce pracy (nazwa, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....  
.....  
.....

PESEL .....

Dane kontaktowe (nr telefonu, e-mail)

.....

Dane dodatkowe: czy kandydat ukończył kurs pierwszej pomocy przedmedycznej

**TAK** (proszę podać nr zaświadczenia/certyfikatu).....**NIE** \*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis kandydata)

\*

\* niepotrzebne skreślić