Nemocnice České Budějovice, a.s. – zaměstnanecké oddělení

 B. Němcové 585/54, PSČ 370 01, 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.**

 Podpis žadatele

 Dne ………………………………………………………………