ZAŁĄCZNIK Nr PZP-5-T

............................, dn. ....................

**Polski Związek Pływacki**

 **01-813 Warszawa**

 **ul. Marymoncka 34**

**WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE NA KURS TRENERA PZP** \*

Zgodnie z UCHWAŁĄ ZARZĄDU PZP z dn.…………………niniejszym oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi określone powyższą UCHWAŁĄ i proszę o zakwalifikowanie mnie na kurs Trenera PZP.

Dane osobowe:

Imiona:

Nazwisko:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Tel.:

e-mail:

W związku z ubieganiem się o zakwalifikowanie na kurs Trenera PZP, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z poź. zm.).

………………………..

(podpis wnioskodawcy)

**\****należy złożyć do bezpośredniego organizatora*