

.....
(imię i nazwisko)

.....,
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(województwo)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(adres e-mail)

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie na kurs kwalifikacyjny

.....,
(nazwa kursu)

.....
prowadzony w roku szkolnym 2026/2027 w Centrum Kształcenia Ustawicznego przy Zespole Szkół Ogólnokształcących i Zawodowych im. mjr H. Sucharskiego w Bolesławcu.

.....
(podpis kandydata)

Do podania załączam:

1) kwestionariusz osobowy

CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W BOLESŁAWCU

UL. KOMUNY PARYSKIEJ 6, 59-700 BOLESŁAWIEC

NIP 612-13-63-756 REGON 022179743

TEL. 75 7324009 FAX 75 7323983, cku.boleslawiec@o2.pl, www.cku.boleslawiec.pl

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Imię (imiona) i nazwisko:

2. Nazwisko rodowe:

3. Imiona rodziców:

4. Data i miejsce urodzenia:

5. Obywatelstwo:

6. Numer ewidencji (PESEL):

7. Miejsce zameldowania:

.....

(dokładny adres)

8. Adres do korespondencji:

.....

10. Wykształcenie:

.....

(zawód, specjalność, stopień)

.....

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

11. Wykształcenie uzupełniające

.....

.....

..... (kurs, studia podyplomowe)

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby składającej kwestionariusz)

CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W BOLESŁAWCU

UL. KOMUNY PARYSKIEJ 6, 59-700 BOLESŁAWIEC

NIP 612-13-63-756 REGON 022179743

TEL. 75 7324009 FAX 75 7323983, cku.boleslawiec@o2.pl, www.cku.boleslawiec.pl



CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W BOLESŁAWCU

CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W BOLESŁAWCU

UL. KOMUNY PARYSKIEJ 6, 59-700 BOLESŁAWIEC

NIP 612-13-63-756 REGON 022179743

TEL. 75 7324009 FAX 75 7323983, cku.boleslawiec@o2.pl, www.cku.boleslawiec.pl