

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Kod zdającego)

.....
(Numer PWZ)

.....
(Nr telefonu, e-mail)

.....
(Data)

**WZÓR
WNIOSEK
O WYSŁANIE DYPLOMU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wysłanie dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie..... w roku..... w sesji... .. drogą listowną na poniższy adres:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

.....
podpis własnoręczny lub podpis elektroniczny

Administratorem danych osobowych osób fizycznych jest Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Zakres danych obejmuje dane niezbędne do realizacji zadań ustawowych lub statutowych. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do informacji o danych osobowych, sprostowania danych osobowych, usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, sprzeciwu oraz zautomatyzowanego podejmowania decyzji. Szczegółowe informacje są zawarte na stronie internetowej www.ckppip.edu.pl w zakładce „Dane osobowe”