Załącznik nr 11

……………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………….

(data urodzenia)

……………………………….

(kod zdającego)

……………………………….

(numer PWZ)

……………………………….

(nr telefonu, e-mail)

……………………………….

(data)

# 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](http://www.ckppip.edu.pl/) w zakładce „Dane osobowe”