

**INFORMACJA O TERMINIE, CZASIE I MIEJSCU ROZPOCZĘCIA
PIERWSZYCH ZAJĘĆ WRAZ Z LISTĄ UCZESTNIKÓW KURSU¹⁾²⁾**

.....
(nazwa ośrodka szkolenia)

....., dnia r.

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer PESEL ³⁾	Data i godzina rozpoczęcia szkolenia teoretycznego	Miejsce prowadzenia szkolenia teoretycznego
1					
2					
3					
4					
5					
6					

.....
(podpis kierownika ośrodka szkolenia)

1) Informacja może być przekazana drogą elektroniczną.

2) Dane podczas kontroli przedkłada się odrębnie dla każdego kursu.

3) W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisuje się serię, numer i nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które wydało ten dokument.