**P R I J A V A**

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv kursa: | **Radiografsko ispitivanje – RT 2** |
| Preduzeće/Fizičko lice: |  |
| PIB/Matični broj: |  |
| Adresa poslodavca: |  |
| Tel/Fax poslodavca: |  |
| E-mail adresa: |  |
| Odgovorno lice/funkcija: |  |

**Polaznik kursa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime: |  |
| Datum i mesto rođenja: |  |
| Adresa stanovanja: |  |
| Mobilni telefon: |  |
| E-mail adresa: |  |
| Školska sprema,  (navesti stepen stru;ne spreme, kvalifikacija, zanimanje) |  |
| Radno mesto i  dosadašnje radno iskustvo u oblasti ispitivanja |  |
|  |
|  |

\*Dajem saglasnost da Zavod za zavarivanje doo vrši obradu mojih ličnih podataka za potrebe sistema evidencije kandidata, u skladu sa Zbirkama podataka o ličnosti, upisanih u Centralni registar Poverenika za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti, nakon što me je rukovalac podataka usmeno upoznao sa navedenim zakonskim odredbama, uz moj pristanak.

*Izjavljujem da su navedene informacije tačne...*…………………………………………………………………..

Potpis polaznika

Mesto: Odgovorna osoba

Datum: --------------------------------------

M.P. (potpis)