**DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ**

Pełna nazwa:  
Adres:

Numer telefonu kontaktowego:

E-mail:

NIP:

|  |
| --- |
|  |
| (miejscowość, data) |

**{Wybierz adresata z listy}**

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W SZKOLENIU**

**W ZAKRESIE OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH**

Na podstawie art. 19 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych proszę o przeprowadzenie szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych wobec **{Wybierz element z listy}**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | |  |
| Imię | |  |
| Numer PESEL | |  |
| Numer telefonu kontaktowego | |  |
| E-mail | |  |
| Posiadane poświadczenie bezpieczeństwa [[1]](#footnote-1)\*) | Numer |  |
| Data wydania |  |
| Organ wydający |  |
| Dane do wystawienia rachunku za przeprowadzenie szkolenia [[2]](#footnote-2)\*\*) | Pełna nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |

Jednostka organizacyjna kierująca na szkolenie oraz uczestnik szkolenia oświadczają, że zapoznali się z obowiązującymi warunkami szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych oraz akceptują wszystkie jego postanowienia.

………………………..……………… …………………………..……………

(imienna pieczątka i podpis kierownika jednostki (czytelny podpis uczestnika szkolenia)

organizacyjnej lub osoby upoważnionej)

1. \*) Wypełnić w przypadku posiadania przez uczestnika szkolenia ważnego poświadczenia bezpieczeństwa wydanego przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Służbę Kontrwywiadu Wojskowego [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\*) Wypełnić w przypadku danych jednostki organizacyjnej innych niż w lewym górnym rogu lub na papeterii [↑](#footnote-ref-2)