# PODANIE DO DYREKTORA O PRZYJĘCIE

# DO MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO

# W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM

Proszę o przyjęcie mnie do Medycznego Studium Zawodowego w Ostrowie Wlkp.
na kierunek :

……………………………………………………………………………………………………………

1. Nazwisko i imię *(imiona):* …………………………………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………………
3. Imiona rodziców: …………………………………………... ……………………………………..

4. Adres zamieszkania: kod …………………… miejscowość …………………………………...

 ul. ………………………………………….województwo. …….……...………………………….

gmina …………………………………….powiat …………………………………………………

miasto do 5 tys. mieszkańców 🞏 miasto powyżej 5 tys. mieszkańców 🞏 wieś 🞏

1. Seria i numer dowodu osobistego:……………..…………PESEL ……….……………………
2. Telefon:…………………………………………………………….….…………………………….
3. Ukończyłam *(em)* szkołę: …………………………………………..…………….……………….

miejscowość ………………………………………..………rok ukończenia …………………...

1. Adres e-mail: ……………………….………………………………………………………………
2. Czy jest Pan/Pani ubezpieczony/a w Narodowym Funduszu Zdrowia?

 *(pytanie dotyczy tylko osób, które ukończyły 26 roku życia)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TAK | prostokat_podanie |  | NIE | prostokat_podanie |  |

* Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszym podaniu są zgodne ze stanem faktycznym.*

* Na podstawie art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 138) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym podaniu na potrzeby przeprowadzenia procesu rekrutacji. W przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym wyrażam zgodę na przetwarzania tych danych przez szkołę, organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia. Administratorem Danych Osobowych jest Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego
i Ustawicznego w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą przy ul. Limanowskiego 17, 63-400 Ostrów Wlkp. Oświadczam, że mam prawo wglądu do treści moich danych oraz prawo do ich poprawiania, zaprzestania ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu co do ich wykorzystywania.*

* Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą przy ul. Limanowskiego 17, 63-400 Ostrów Wlkp. drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie w oświadczeniu adres e-mail lub numer telefonu informacji, dotyczących procesu kształcenia przez Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Ostrowie Wielkopolskim w rozumieniu Ustawy z dnia
18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U z 2013 r., poz. 1422 ze zm.).*

….………………………………. ……………………………………..

*Data Podpis kandydata*

© 2018 Mc I