**PODANIE ORAZ KWESTIONARIUSZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ**

**DRUKOWANYMI LITERAMI (oprócz adresu e-mail)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODANIE** | |  | | --- | | NAZWISKO |  |  | | --- | | IMIĘ | | |  | | --- | | data i podpis osoby przyjmującej | |
| **Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do klasy …………, semestr …………… w roku szkolnym …………….………. do Medycznego Studium Zawodowego na kierunek:**   |  | | --- | | □ opiekun medyczny □ terapeuta zajęciowy □ technik masażysta □ opiekunka dziecięca  □ rejestrator/ka medyczny/a □ higienistka stomatologiczna □ ortoptystka  □ asystentka stomatologiczna □ technik ortopeda □ technik farmaceutyczny  □ technik sterylizacji medycznej | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KWESTIONARIUSZ** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | **Numer ucznia** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nazwisko** |  | **Imiona** |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nazwisko panieńskie**  (u mężatek) |  | **Data urodzenia** | dzień | miesiąc | rok |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Miejsce urodzenia** | miasto | województwo |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Adres stałego zameldowania**  (zgodny z dowodem osobistym) | województwo | gmina | kod pocztowy |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | miejscowość | ulica | nr domu/mieszkania | □ miasto □ wieś |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Adres do korespondencji**  (jeśli jest inny niż zameldowania) | kod, miejscowość | ulica | nr domu/mieszkania |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Telefon** |  | **e-mail** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **PESEL** |  | **Seria i nr dowodu osobistego** |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Nazwisko i imię rodziców** |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **Pełna nazwa ukończonej szkoły** | nazwa szkoły |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | miejscowość | nr świadectwa | data ukończenia |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych dla realizacji sprawnego funkcjonowania procesu dydaktycznego Szkoły (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych - tekst jednolity, Dz. U. Nr 101, poz. 926,  z późniejszymi zmianami oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). | |  | | --- | | podpis kandydata | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Załączniki:   1. Dwie fotografie o wymiarze 30x42 mm 2. Świadectwo ukończenia szkoły średniej 3. Informacja o wizerunku 4. Informacja o przyjęciu do szkoły | |  | | --- | | **Odbiór oryginału świadectwa szkoły średniej stwierdzam własnoręcznym podpisem**  data i podpis kandydata | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADNOTACJA SZKOŁY** | |  |  | | --- | --- | | **Opłata wpisowa pobrana dnia** |  | | **Legitymacja szkolna wydana dnia** |  |  |  |  | | --- | --- | | **Pozostałe uwagi** |  | |
|  |  |
|  | **Skąd dowiedziałeś/aś się o Centrum Kształcenia Zawodowego NAUKA?**   * Internet, * telewizja, * radio, * gazeta, * ulotka reklamowa, * znajomi, * inne ………………………………………………………………………. |